

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit dem durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit	3
Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
1 Einführung und Hintergrund	5
2 11. SGB V-Änderungsgesetz und dessen Auswirkungen	5
2.1 Inhalte des 11. SGB V-Änderungsgesetzes	5
2.2 Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V ...	6
2.3 Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation	6
3 Vertragliche Umsetzung und Auswirkungen des § 111a SGB V ...	6
3.1 Festlegung von Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V	6
3.2 Inhalte der Anforderungsprofile	6
3.3 Umsetzung der Anforderungsprofile in den Bundesländern	7
3.4 Umsetzungsschwierigkeiten	7
3.5 Begleitung auf Bundesebene	8
3.6 Versorgungsstruktur	8
3.7 Qualitätssicherung	9

	Seite
4 Leistungsrechtliche Umsetzung und Auswirkungen	9
4.1 Fallzahlen und Ausgaben in der GKV	9
4.1.1 Vollfinanzierung	10
4.1.2 Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)	10
4.1.3 Gesamtwirtschaftliche Situation	10
4.1.4 Widerspruchsverfahren	10
4.2 Leistungen für Väter	10
4.3 Nachweis der medizinischen Notwendigkeit	11
5 Handlungsbedarf	11
5.1 Zuständigkeit der Rentenversicherung	11
5.2 Einheitliches Antragsformular für die Versicherten	11
 Anlagen	
Anlage 1	12
Anlage 2	18
Anlage 3	25
Anlage 4	27
Anlage 5	32
Anlage 6	33
Anlage 7	34

Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

Erste Kurzbewertung zum Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Nach § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen vorzulegen. Inhalt der zum 1. August 2002 in Kraft getretenen Änderungen war die Beseitigung der Möglichkeit für die Krankenkassen, die Leistungen auf eine Teilfinanzierung zu beschränken. Weiterhin wurde ein Vertrags- und Qualitätssystem für dieses Leistungssegment geregelt und klarstellend der Begriff: „Mutter-Vater-Kind-Maßnahme“ eingeführt. Die Spitzenverbände haben den Bericht im Dezember 2005 dem BMG vorgelegt.
2. Aus der Entwicklung der bis 2004 vorliegenden Fallzahlstatistiken und der seit kurzem bis 2005 vorliegenden Ausgabenstatistiken (vgl. Anlage) geht hervor, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 2000 deutliche und den letzten beiden Jahren sogar jeweils zweistellige Rückgänge zu verzeichnen waren. Auch im Jahr 2005 sind die Ausga-

ben hier nochmals um 10,54 Prozent gesunken. Bei einzelnen – auch größeren Kassen – wurde die Zahl der durchgeführten Mütter-Kind-Kuren und das entsprechende Leistungsvolumen auf einen Bruchteil reduziert.

3. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann bereits festgestellt werden, dass im Bericht wichtige Fragen unbeantwortet bleiben. Auffallend ist bereits die Einschätzung der Spitzenverbände, es würde von den Kassen erwartet, Kuren aus vorwiegend sozialen Erwägungen oder ausschließlich zur Erholung zu gewähren (S. 5). Die Formulierung derartiger Erwartungen ist dem BMG nicht bekannt.

Insbesondere die Ausführungen zum Rückgang der Fallzahlen (S. 9 ff.) lassen eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage vermissen, warum die Leistungsausgaben vieler Kassen im Bereich der Mutter-Kind-Kuren drastisch zurückgehen. Die angegebene Begründung, die sinkenden Fallzahlen seien auf rückläufige Antragszahlen, diese wiederum auf die geänderten Regelungen zur Belastungsgrenze bei Zahlungen sowie die gesamtwirtschaftliche Situation zurückzuführen, erscheint wenig plausibel und kann nicht erklären, weshalb bei einigen Kassen die entsprechenden Leistungen auf einen Bruchteil des Volumens vergangener Jahre reduziert wurden.

Ausgaben- und Fallzahlenentwicklung bei Mutter-Kind-Kuren

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fälle	160.154	183.076	207.980	229.122	223.463	227.163	189.345	181.362	130.689	
	Veränderungen in v. H.									
	18,31	14,31	13,60	10,17	- 2,47	1,66	- 16,65	- 4,22	- 27,94	
Tage	4.382.039	4.201.932	4.689.856	5.115.363	4.868.999	4.879.325	3.903.597	3.844.444	2.769.496	
	Veränderungen in v. H.									
	19,69	- 4,11	11,61	9,07	- 4,82	0,21	- 20,00	- 1,52	- 27,96	
Verweildauer	27,00	22,00	22,00	22,00	21,00	21,00	20,00	21,00	21,00	
	Veränderungen in v. H.									
	0,00	- 18,52	0,00	0,00	- 4,55	0,00	- 4,76	5,00	0,00	
Ausgaben	341	337	385	421	410	400	386	359	289	263
	Veränderungen in v. H.									
		- 1,17	14,24	9,35	- 2,61	- 2,44	- 3,50	- 6,99	- 19,50	- 10,54

Quellen: Fallzahlen auf Basis der Statistik KG 5; Ausgaben Jahresrechnungsergebnisse Statistik KJ I bis 2004, vorläufige Finanzergebnisse Statistik KV 45 2005

Die teilweise sehr hohe Ablehnungsquote verbunden mit einer steigenden Quote erfolgreicher Widerspruchsverfahren der Versicherten bedürfte der eingehenden Analyse. Ebenfalls offen bleibt, welche Gründe für eine sehr divergierende Entwicklung bei den verschiedenen Kassen und Kassenarten bestehen. Zu kritisieren ist des Weiteren, dass der Bericht nicht ausreichend auf die Angebotsstruktur eingeht. Bei vielen Aussagen ist ungeklärt, auf welcher Basis Schlussfolgerungen gezogen werden. Generell erscheinen die

Feststellungen und Schlussfolgerungen der Spitzenverbände in vielen Fällen nicht nachvollziehbar und nicht mit belastbaren Daten begründet.

Letztlich fehlt in dem Bericht eine konstruktive Auseinandersetzung mit den Optionen zur Verbesserung und Verstetigung der Leistungsgewährung für die Betroffenen.

4. Das BMG wird den Bericht eingehend auswerten und mit den Beteiligten erörtern.

Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Spitzenverbände der Krankenkassen,

- der AOK-Bundesverband,
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der IKK-Bundesverband,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- die Knappschaft,
- die See-Krankenkasse,
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie
- der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,

legen dem Deutschen Bundestag über das BMG den nachfolgenden Bericht gemäß § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 SGB V vor.

1 Einführung und Hintergrund

Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen nachfolgend ihre Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter vom 26. Juli 2002 (11. SGB V-Änderungsgesetz) bewirkten Rechtsänderungen dar. Grundlage des Berichtes ist eine umfassende Abfrage bei den Mitgliedern der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Die im deutschen Gesundheitswesen etablierten medizinischen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (mit Kindern) sind in dieser Form in keinem anderen Gesundheitssystem der Europäischen Union vorgesehen. Die Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V verfolgen unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Zusammenhänge u. a. das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern und Vätern im Rahmen einer ganzheitlichen stationären Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

Allerdings gilt es eingangs zu betonen – darauf wurde von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen bereits in früheren Stellungnahmen hingewiesen –, dass es sich dabei um medizinische Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) handelt, die mit den Mitteln der Solidargemeinschaft finanziert werden. Sie sind daher ausschließlich dann angezeigt, wenn sie medizinisch notwendig und die einschlägigen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Dies bedeutet, dass Vorsorge- und Rehabilita-

tionsleistungen für Mütter und Väter (Mütter/Väter mit Kindern) nur dann indiziert sind, wenn

- Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Vorsorge- bzw. Rehabilitationsfähigkeit,
- realistische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele und
- eine positive Vorsorge- bzw. Rehabilitationsprognose festgestellt worden sind.

Nur unter diesen Voraussetzungen haben Mütter und Väter einen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V zu Lasten der GKV. Die Überprüfung im Einzelfall durch die zuständige Krankenkasse findet unter Einbindung des zuständigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) statt, der die genannten Kriterien anhand einer bundesweit einheitlichen Begutachtungs-Richtlinie überprüft. Es kann nicht erwartet werden, dass Krankenkassen diese Leistungen vorwiegend aus sozialen Gründen oder ausschließlich zur Erholung erbringen. Wenn dies berücksichtigt wird, kann wesentlich zur Versachlichung der um diese Leistungsform derzeit geführten Diskussionen beigetragen werden.

2 11. SGB V-Änderungsgesetz und dessen Auswirkungen

2.1 Inhalte des 11. SGB V-Änderungsgesetzes

Mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz wurden im Wesentlichen folgende gesetzliche Anpassungen/Änderungen vorgenommen:

1. Die bis dahin geltende Möglichkeit der Krankenkassen, die Leistungspflicht durch Satzungsregelungen auf eine Teilfinanzierung zu beschränken, wurde gestrichen.
2. Die Einführung eines Vertrags- und Qualitätssystems in Analogie zu den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V sollte die Qualität und Effizienz der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sichern.
3. Die Aufnahme des Begriffs „Vater-Kind-Maßnahmen“ sollte klarstellen, dass sich diese Maßnahmen auch an Väter richten.

Insbesondere mit den unter Punkt 1 und 2 genannten Änderungen wurden die Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V vertrags- und leistungsrechtlich den übrigen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation gleichgestellt. Es handelt sich bei den in Rede stehenden Leistungen um eine besondere Form der Vorsorge und Rehabilitation, die den allgemein gültigen Regelungsmechanismen für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation unterliegen.

2.2 Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter werden auch von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V erfasst. Diese Richtlinien schaffen die Rahmenbedingungen für die strukturierte Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 40 und 41 SGB V im Einzelfall. Das mit diesen Richtlinien eingeführte bundesweit einheitliche Verordnungsformular „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61, Anlage 2 der Richtlinien) findet auch für Mutter-/Vater-Kind-Leistungen der medizinischen Rehabilitation Anwendung. Damit wird auch für diese Leistungen der notwendige Rehabilitationsbedarf standardisiert geprüft und dokumentiert als Grundlage für eine sachgerechte und angemessene Leistungsentscheidung der Krankenkasse im Einzelfall.

2.3 Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Die Entscheidung über Leistungen nach den § 24 Abs. 1 bzw. § 41 Abs. 1 SGB V obliegt der zuständigen Krankenkasse. Die medizinische Notwendigkeit der Leistungen wird umfassend durch den MDK geprüft. Dies bedeutet, dass in jedem Einzelfall geprüft wird, ob die Leistungen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Um eine einheitliche Begutachtungspraxis sicherzustellen, wurden in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation eigene Kapitel für den Leistungsbereich Mutter-/Vater-Kind aufgenommen. Diese Richtlinie wurde jüngst überarbeitet und u. a. an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO vom 1. Mai 2001 angepasst. Damit orientiert sich die Begutachtung der Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V durch den MDK an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF.

3 Vertragliche Umsetzung und Auswirkungen des § 111a SGB V

Die Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter sind als besondere Form der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in das Vertrags- und Leistungsrecht der GKV implementiert. Im Folgenden wird zunächst über die Umsetzung und Folgen der vertragsrechtlichen Änderungen berichtet.

3.1 Festlegung von Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen nach § 111a SGB V

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach § 41 SGB V dürfen von den Krankenkassen nur (noch) in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes (MGW) oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maß-

nahmen geeigneten Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Bei Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen (Bestandsschutz). Dies gilt jedoch nicht, wenn Einrichtungen die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllen und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen dies bis zum 1. Januar 2004 gemeinsam gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend gemacht haben.

Um die Anforderungen an die in Rede stehenden Einrichtungen bundesweit einheitlich zu definieren, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem MGW und dem Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. (BDPK) unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) bundesweit gültige Anforderungen für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen in Mütter-/Väter- und Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen (kurz: Anforderungsprofile) vereinbart (Anlage 1 und 2). Bei der Erarbeitung wurden die durch das MGW bereits definierten Standards berücksichtigt.

3.2 Inhalte der Anforderungsprofile

Die Anforderungsprofile konkretisieren die medizinischen, strukturellen und personellen Voraussetzungen im Sinne des § 111a Abs. 2 SGB V für den Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen, in denen stationäre medizinische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen nach den §§ 24 bzw. 41 SGB V erbracht werden. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass den Konzepten der Einrichtung ein ganzheitlicher Therapieansatz zugrunde liegen muss, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Vorsorge und Rehabilitation einbezieht. Dabei sind die Grundsätze der Komplexität, Interdisziplinarität und der Individualität gleichermaßen zu berücksichtigen.

Die Anforderungsprofile stellen auch heraus, dass sich die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V von den Einrichtungen nach § 111 SGB V durch das auf den besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter (Väter) ausgerichtete Angebot unterscheiden. Neben den Gesundheitsstörungen bzw. Krankheitsauswirkungen (Schädigung, nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe) und den mütterspezifischen Beanspruchungs- bzw. Belastungsformen müssen die Einrichtungen in besonderer Weise auf die Zusammenhänge zwischen Mutter- und Kindgesundheit und die Notwendigkeit interaktiver Therapien eingehen. Bei Mutter-/Väter-Maßnahmen handelt es sich um komplexe medizinische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsangebote, welche die Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) und die geschlechtsspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie psychosoziale Problemsituationen in besonderer Weise zu berücksichtigen haben.

Entsprechend der Gesetzessystematik und den unterschiedlichen Zielsetzungen der Leistungen wurden getrennte Anforderungsprofile für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation verabschiedet. In den neu auf Landesebene abgeschlossenen Versorgungsverträgen bzw. den Bestandsschutzregelungen sind die Bettenkapazität und die Indikation jeweils getrennt für Vorsorge und Rehabilitation auszuweisen. Dabei wird zwar eine größtmögliche Flexibilität hinsichtlich Kapazität und Personalstruktur zwischen den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation ermöglicht, jedoch sind von den Einrichtungen die Kriterien aus den Anforderungsprofilen jeweils für Vorsorge und Rehabilitation zu erfüllen, sofern eine Einrichtung sowohl Leistungen der medizinischen Vorsorge (§ 24 SGB V) als auch der medizinischen Rehabilitation (§ 41 SGB V) erbringen möchte.

Die Anforderungsprofile sind zum 1. August 2003 in Kraft getreten. Damit haben die Spitzenverbände der Krankenkassen praktikable und realistische Anforderungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter (Väter) und Mütter (Väter) mit Kindern partnerschaftlich mit dem Müttergenesungswerk (MGW) und dem Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK) etabliert. Unter Berücksichtigung der neuen Gesetzeslage konnte so wesentlich zur Sicherung eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsangebotes beigetragen werden.

Ergänzend zu den Anforderungsprofilen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit MGW und BDPK im Juli 2004 konkretisierende Hinweise zu den Anforderungsprofilen verabschiedet (Anlage 3). Diese wurden notwendig, da die Anwendung und Umsetzung der Anforderungsprofile auf Landesebene Auslegungsprobleme aufgeworfen hatten, die eine bundesweit einheitliche Konkretisierung erforderten.

3.3 Umsetzung der Anforderungsprofile in den Bundesländern

Alle Einrichtungen des MGW oder gleichartige Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, wurden nach Inkrafttreten des 11. SGB V-Änderungsgesetzes von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen dahingehend überprüft, ob die in den Anforderungsprofilen festgelegten Qualitätsstandards und somit die Voraussetzungen für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V erfüllt sind.

Die Überprüfung in den Bundesländern lief in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und größtenteils im Rahmen eines konstruktiven Dialoges mit den betroffenen Einrichtungen. Die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Landesvertretungen der Ersatzkassen haben mit jeder einzelnen Einrichtung die entsprechenden Verhandlungen geführt. Dieses sehr zeitaufwendige Verfahren dokumentiert zum einen die Bedeutung, die der Umsetzung des § 111a SGB V zugemessen wird, und garantiert zum anderen, dass die Prüfung jeder einzelnen Einrichtung unter Beachtung der bundes-

weit gültigen Anforderungsprofile sowie unter Einbeziehung und nach Abwägung der Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls geschehen konnte. Abgesehen von einzelnen Problemfällen ziehen die Spitzenverbände der Krankenkassen durchweg ein positives Fazit der Umsetzung des § 111a SGB V und werten in Übereinstimmung mit dem MGW und dem BDPK die Umsetzung insgesamt als erfolgreich.

Die Umsetzung des § 111a SGBV ist länderspezifisch angelegt. Durch Vorgabe bundesweiter Qualitätsanforderungen wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen versucht, ein Höchstmaß an länderübergreifender Einheitlichkeit herzustellen. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass aufgrund von länderspezifischen Gegebenheiten ein gewisses Restmaß an „föderalen“ Unterschieden nicht ausgeschlossen werden konnte.

3.4 Umsetzungsschwierigkeiten

Durch die Umsetzung des § 111a SGB V und den damit verbundenen Qualitätsanforderungen ist ein deutlicher Qualitätszuwachs sowohl bei den Vorsorge- als auch Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter mit ihren Kindern zu verzeichnen. Dieser Leistungsbereich hat sich erfolgreich auf den Weg gemacht, die vorhandenen Potentiale noch besser zu nutzen und möglichst effizient medizinische Leistungen zu Lasten der GKV zu erbringen. Die im Vergleich zur Rehabilitation nach § 40 SGB V nach wie vor geltenden Unterschiede in der Struktur- und Prozessqualität sind in der mütter-spezifischen Ausrichtung des Angebotes begründet.

Dieser Weg war und ist jedoch auch von Umsetzungsschwierigkeiten geprägt. Besondere Probleme bereitet die Trennung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Vielen Einrichtungen fiel es schwer, die nötige konzeptionelle und strukturelle Trennung herzustellen. Im Zusammenhang mit den personellen Anforderungen bestehen die Schwierigkeiten der Rehabilitationseinrichtungen vor allem darin, die erforderliche fachärztliche Leitung sowie Bereitschaftsdienste und qualifizierte Pflegedienste sicherzustellen. Teilweise sind diese auch durch den Standort bedingt (z. B. auf einer Insel). Hier gilt es, individuelle Lösungsmöglichkeiten zu finden, die den Vorgaben der Anforderungsprofile nicht widersprechen. Auch der für die/den verantwortliche/n Ärztin/Arzt geforderte Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ bereitet den Einrichtungen teilweise Schwierigkeiten. Daneben haben insbesondere kleinere Einrichtungen vornehmlich aus wirtschaftlichen Gründen zum Teil erhebliche Probleme, die geforderte ärztliche Präsenz sicherzustellen. Hier vertreten die Spitzenverbände der Krankenkassen jedoch die Auffassung, dass es keine unterschiedliche Qualität von „großen“ und „kleinen“ Einrichtungen geben darf und fordern daher – wie im Bereich Vorsorge und Rehabilitation nach den §§ 23 und 40 SGB V – weiterhin auch bei kleineren Einrichtungen in der Einrichtung die ständige ärztliche Präsenz zur Erbringung der beschriebenen ärztlichen Aufgaben (Vorsorge) bzw. während der Therapiezeiten (Rehabilitation) ein.

Bei der Umsetzung der vom SGB IX eingeforderten Barrierefreiheit wird mit angemessenen Übergangsfristen gearbeitet, die es den Einrichtungen ermöglichen sollen, in wirtschaftlich vertretbaren Zeiträumen zumindest eine rollstuhlgerechte Ausstattung der Häuser sicherzustellen.

Auch für die ausreichend trennbaren Unterbringungen für Mütter mit Kindern (z. B. in Appartements) werden Übergangszeiträume vereinbart, die die individuelle Problemlage der einzelnen Einrichtung berücksichtigt.

3.5 Begleitung auf Bundesebene

In regelmäßig stattfindenden Gesprächen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem MGW und dem BDPK werden unter Beteiligung des MDS/MDK die anstehende Probleme der Umsetzung des § 111a SGB V erörtert und möglichst einvernehmlich gelöst. Diese Plattform auf Bundesebene hat sich bewährt. Sie ermöglicht, die Probleme aus den Ländern zu kanalisieren und zeitnah einer Lösung zuzuführen.

Ein Beispiel hierfür: Es zeigte sich, dass bei der Umsetzung des § 111a SGB V in den Bundesländern zwei unterschiedliche Vertragsmodelle realisiert wurden. In einigen Bundesländern wurden nach Prüfung mit den Einrichtungen Versorgungsverträge nach § 111a SGB V – ggf. mit bestimmten Auflagen – abgeschlossen. In anderen Fällen wurde auf Grundlage des Bestandsschutzes

mit den Einrichtungen Vereinbarungen/Absprachen über Auflagen und deren Erfüllung getroffen und erst nach Erfüllung dieser Auflagen der Abschluss eines Versorgungsvertrages in Aussicht gestellt. Beide Vertragsgestaltungen sind als gleichwertig anzusehen und in beiden Fällen ist in der Übergangszeit eine Belegung durch die Krankenkassen möglich. Konsequenzen bei der Belegung dürfen sich erst dann ergeben, wenn nach Ablauf der vereinbarten Übergangsfristen die geforderten Auflagen von den betroffenen Einrichtungen nicht erfüllt werden. Dies wurde gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem BDPK und dem MGW klargestellt, um Nachteile bei der Belegung für Einrichtungen des einen oder anderen Vertragsmodells auszuschließen.

3.6 Versorgungsstruktur

Die Versorgungslandschaft hinsichtlich der Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge und/oder Rehabilitation anbieten, stellt sich nach Umsetzung des § 111a SGB V in den einzelnen Bundesländern entsprechend Abbildung 1 dar. In dieser Übersicht sind alle Einrichtungen enthalten, die zur Erbringung der Leistungen nach den §§ 24, 41 SGB V entweder aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 111a SGB V oder über eine Bestandsschutzregelung berechtigt sind.

Demnach stehen derzeit (Stand: 1. September 2005) insgesamt 165 Einrichtungen zur Verfügung, die medizini-

Abbildung 1

Übersicht der Einrichtungen, die zur Erbringung von Leistungen nach den §§ 24, 41 SGB V von der GKV zugelassen sind (Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen)

– Stand: 1. September 2005 –

Bundesland	Ausschließlich Vorsorge	ausschließlich Rehabilitation	Vorsorge und Rehabilitation	Gesamt
Baden-Württemberg	1		21	22
Bayern	8		20	28
Brandenburg	2			2
Hessen	1		2	3
Mecklenburg-Vorpommern	1	4	16	21
Niedersachsen	13		24	37
Nordrhein-Westfalen			7	7
Rheinland-Pfalz	2		2	4
Saarland			3	3
Sachsen	2			2
Sachsen-Anhalt			1	1
Schleswig-Holstein	26		6	32
Thüringen	2		1	3
Gesamt	58	4	103	165

sche Vorsorge- und/oder Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter erbringen. Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern verfügen über die größte Zahl an Einrichtungen (Zusammen: 65 = ca. 39 v. H. des bundesweiten Angebotes). Der Großteil der Einrichtungen erbringt sowohl Leistungen der medizinischen Vorsorge als auch der medizinischen Rehabilitation. In den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg existieren keine Einrichtungen.

Die Übersicht macht deutlich, dass auch nach der Umsetzung der neuen qualitativen Anforderungen weiterhin ein flächendeckendes Angebot dieser spezifischen Leistungsform zur Verfügung steht. Auch wenn seit Inkrafttreten des 11. SGB V-Änderungsgesetzes einige Einrichtungen schließen mussten, ist keinesfalls der Sicherstellungsauftrag der GKV (vgl. u. a. § 19 SGB IX) in Frage gestellt. Im Gegenteil, es ist nach wie vor von einem Überangebot auszugehen.

Die genannte Schließung von Einrichtungen hing nach übereinstimmender Auskunft der Mitglieder der Spitzenverbände der Krankenkassen in den meisten Fällen nicht mit den neuen Anforderungen an die Einrichtungen zusammen. Sie begründeten sich durch Insolvenz und mangelnde Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen, die ökonomische Folge eines offensichtlichen Überangebotes an Bettenkapazitäten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits vor geraumer Zeit (1996) auf das Überangebot in diesem Versorgungssektor hingewiesen und die eindringliche Bitte an das MGW geäußert, keine weiteren Kapazitäten ohne vorherige Absprache mit den Leistungsträgern zu schaffen. Diesem Appell wurde seinerzeit nicht gefolgt; im Gegenteil, teilweise wurden Zulassungen über den Klageweg erwirkt. Auch heute gilt, dass die GKV keine Belegungsgarantie der am Markt befindlichen Einrichtungen übernehmen kann. Die Belegung richtet sich ausschließlich nach dem medizinischen Bedarf.

3.7 Qualitätssicherung

Mit dem durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz neu eingefügten § 137d Abs. 1a SGB V einerseits sowie mit der ausdrücklichen Nennung der Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V im § 135a SGB V andererseits wurden die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter (Väter) und Mütter (Väter) mit Kindern umfassend in die Verpflichtung zur Qualitätssicherung einbezogen. Die für diese Einrichtungen maßgeblichen Interessensverbände auf Bundesebene, das MGW sowie der BDPK, haben die am 1. April 2004 in Kraft getretene Vereinbarung zur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gemäß § 137d Abs. 1 und 1a SGB V) auf Bundesebene unterzeichnet (Anlage 4). Insofern besitzt sie auch Gültigkeit für die in Rede stehenden Einrichtungen.

Zur konkreten Umsetzung der Qualitätsvereinbarung wurde von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen Ende 2004 ein Projekt zunächst zur Entwicklung eines externen Qualitätssicherungsverfahrens für den Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen

(§ 41 SGB V) ausgeschrieben und der Auftrag im Oktober 2005 an ein renommiertes wissenschaftliches Institut (Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Dr. Heiner Vogel) vergeben. Die Auswahl dieses Instituts erfolgte unter Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer, die auch in der Folge die Entwicklungsarbeiten begleiten werden. Ziel ist es, die im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens der Spitzenverbände der Krankenkassen (QS-Reha®-Verfahren, www.qs-reha.de) bereits entwickelten Messinstrumente so anzupassen, dass sie den besonderen Anforderungen der in Rede stehenden Einrichtungen Rechnung tragen. Hierzu sollen u. a. die therapeutischen Konzepte sowie die geschlechtsspezifischen Verfahren und Hilfen, mit denen alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe von Müttern und Vätern angegangen werden, in ihrer Wirksamkeit erfasst und bewertet werden.

Auf ausdrücklichen Wunsch der Verbände der Leistungserbringer soll gleichzeitig auch mit den Entwicklungsarbeiten eines Qualitätssicherungsverfahrens für den Bereich der medizinischen Vorsorge (§ 24 SGB V) begonnen werden. Um diesem Anliegen nachzukommen, musste der Start der eigentlichen Arbeiten für den Bereich der medizinischen Rehabilitation (§ 41 SGB V) auf Mitte des Jahres 2006 verschoben und gleichzeitig die vorbereitenden Schritte für die Ausschreibung der Vorsorgeleistungen eingeleitet werden. Auch diese Entwicklungsarbeiten laufen unter Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer. Die Planungen sehen vor, dass Mitte 2006 parallel mit der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens für die Bereiche der medizinischen Vorsorge und der Rehabilitation begonnen werden kann.

Damit wird dann auch für diesen Versorgungsbereich zeitnah ein umfassendes und bundesweit einheitliches Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung stehen.

4 Leistungsrechtliche Umsetzung und Auswirkungen

4.1 Fallzahlen und Ausgaben in der GKV

Ausgehend von einem hohem Niveau im Jahr 1999 sind die Fallzahlen und damit auch die Ausgaben in der GKV für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen insbesondere in den letzten Jahren zurückgegangen (Anlage 5). Da sich die Zugangsvoraussetzungen nicht geändert haben, müssen andere Gründe für die rückläufige Inanspruchnahme gesucht werden. Die Fallzahlen werden maßgeblich von der Zahl der gestellten Anträge beeinflusst. Da keine entsprechenden Statistiken geführt werden, liegen hier keine exakten Zahlen vor. Die Ergebnisse der Abfrage der Spitzenverbände der Krankenkassen bei ihren Mitgliedern hat jedoch den Eindruck bestätigt, dass die Antragszahlen in diesem Bereich deutlich rückläufig sind.

Ein entsprechender Rückgang der Anträge und damit der Ausgaben für bewilligte Leistungen ist im Übrigen auch bei den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V zu verzeichnen. Ein ähnlicher Trend wurde

auch von der Deutschen Rentenversicherung Bund bestätigt.

4.1.1 Vollfinanzierung

Nach Einschätzung der Spitzenverbände der Krankenkassen hat die durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz festgelegte Vollfinanzierung der Leistungen keinen erheblichen Einfluss auf die Antragstellung gehabt. Dies begründet sich damit, dass der überwiegende Teil der Krankenkassen auch vor dem 11. SGB V-Änderungsgesetz diese Leistungen bereits voll finanziert hat.

4.1.2 Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)

Maßgeblichen Einfluss auf die Antragstellung haben die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab 2004 geänderten Regelungen des § 62 SGB V zur Belastungsgrenze. Dies berichten die Mitglieder der Spitzenverbände der Krankenkassen unisono. Die neu geschaffenen Regelungen führen dazu, dass sozial benachteiligte Frauen/Männer und Familien nicht – wie früher möglich – im Voraus für ein Kalenderjahr von den Zuzahlungen (§ 24 Abs. 3 und § 41 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 61 Abs. 2 SGB V) befreit sind, sondern die Zuzahlungen bis zur definierten Belastungsgrenze erst einmal leisten müssen. Dies hat einen deutlich negativen Einfluss auf die Antragstellung vor allem von sozial benachteiligten Frauen/Männern und Familien. Daher sind seit Ende 2003/Anfang 2004 für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen Antragsrückgänge zu verzeichnen.

4.1.3 Gesamtwirtschaftliche Situation

Ein weiterer maßgeblicher Faktor für die rückläufigen Anträge ist nach übereinstimmender Auskunft der Krankenkassen auch in der gesamtwirtschaftlichen Situation (z. B. Angst um den Arbeitsplatz, Einkommensunsicherheiten, Arbeitslosigkeit des Partners) zu suchen. Das negative Wirtschaftsklima fördert eine Zurückhaltung bei der Antragstellung der Versicherten.

4.1.4 Widerspruchsverfahren

In vielen Fällen sind die bei den Krankenkassen eingereichten Antragsunterlagen (ärztliche Verordnung/Antrag des Versicherten) nicht aussagefähig genug, um den Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarf adäquat prüfen zu können. Die für die Bedarfsprüfung des Einzelfalls notwendigen Angaben werden häufig weder von dem verordnenden Arzt noch von dem/der Antragsteller/in oder der jeweiligen Beratungsstelle an die Krankenkasse weitergegeben. Oftmals fehlen damit beim Erstantrag relevante Informationen z. B. zu den umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren, antragsrelevanten Diagnosen usw. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass in einigen Fällen ein Antrag auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Informationen von der Krankenkasse zunächst abgelehnt und diese Entscheidung später auf Basis weiter gehender Informationen revidiert wird.

Die Erhebung notwendiger Daten durch die Krankenkasse wird insbesondere durch die zuständigen Daten-

schützer unterbunden. Derzeit finden für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter bundesweit eine Vielzahl unterschiedlicher Antragsformulare der Versicherten mit mehr oder weniger ausreichenden Angaben Anwendung. Somit hängt die Qualität der Anträge oftmals auch von dem verwendeten Vordruck ab. Insbesondere werden vor allem Probleme mit den durch einzelne Beratungsstellen eingesetzten „alten“ Anträgen des MGW (Anlage 6) gemeldet. Diese enthalten in der Regel nicht die für eine sachgerechte Bearbeitung und Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen. Insbesondere fehlen bei Beantragung einer Leistung nach § 41 SGB V (medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter) medizinische Informationen, Aussagen zur bisherigen Behandlung und über bestehende bzw. drohende nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Häufigste Begründung für Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf auf diesen Vordrucken: Erschöpfung, Erholung, Klimawechsel, finanzielle Probleme, Versicherte/r bedarf Ruhe/Entspannung. Als außerordentlich vorteilhaft hat sich hierbei der Einsatz von Antragsvordrucken auch mit Selbstauskünften u. a. zu Kontextfaktoren und persönlichen Wünschen erwiesen.

Daneben werden von den MGW-Beratungsstellen häufig Muster-Widersprüche mit standardisierten Begründungen eingesetzt, die nur in seltenen Fällen eine individuelle, auf die einzelne Frau abgestellte medizinische Begründung enthalten. Standardbegründungen sind hier beispielsweise: Mutter hat (jährlich) Anspruch, Behandlungsmaßnahmen am Wohnort können wegen der Kinder nicht genutzt werden, Doppelbelastung der Mutter, finanzielle Probleme der Familie oder andere soziale Gründe.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Problemlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein einheitliches Antragsformular (Entwurf – Anlage 7) für die Versicherte, in dem alle relevanten Faktoren adäquat berücksichtigt werden, entwickelt. Mit diesem Formular würde die Bedarfsabklärung im Einzelfall und somit das gesamte Antrags- und Bewilligungsverfahren erheblich verbessert. Dieses Vorhaben wird jedoch derzeit vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) blockiert (vgl. hierzu Ausführungen in Kapitel 5.2).

4.2 Leistungen für Väter

Bereits mit der Begründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde darauf hingewiesen, dass die in Rede stehenden Leistungen nicht nur für Mütter, sondern auch für Väter zu gewähren sind. Dies wurde mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz lediglich nochmals klargestellt. Insofern handelt es sich um keinen neuen Tatbestand, der wesentlichen Einfluss auf die Verwaltungspraxis gehabt haben könnte. Eine eindeutige Aussage darüber, ob nunmehr mehr Väter Anträge stellen, kann nicht getroffen werden, da von den einzelnen Krankenkassen unterschiedliche und gegensätzliche Tendenzen gemeldet werden. Es scheint jedoch so, dass sich die Inanspruchnahme weiterhin auf Einzelfälle beschränkt.

Darüber hinaus existieren nach derzeitigem Kenntnisstand weiterhin nur sehr wenige Einrichtungen, die auch ein väterspezifisches Angebot vorhalten.

4.3 Nachweis der medizinischen Notwendigkeit

Wie eingangs bereits dargestellt, handelt es sich bei den in Rede stehenden Mutter-/Vater-Kind-Leistungen um medizinische Leistungen der GKV. Vor diesem Hintergrund ist es erwähnenswert, mit welchen nicht-medizinischen Begründungen Anträge (auch im Widerspruchsverfahren) auf Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V bei den Krankenkassen gestellt werden. Nachfolgend sind exemplarisch einige Begründungen aufgeführt, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden. Die Reihenfolge ist willkürlich und gibt weder die Häufigkeit noch die Wichtigkeit der Gründe wieder:

- Eine Maßnahme steht mir gesetzlich zu.
- Ich kann mir einen Erholungsurlaub nicht leisten.
- Keine Kinderbetreuungsmöglichkeit.
- Kein Auto.
- Schlechte Verkehrsanbindung.
- Arzttermine mit Kindern bedeuten Stress.
- Meine Nachbarin hat eine Maßnahme bewilligt bekommen (hat auch nur zwei Kinder).
- Die ambulante Behandlung am Wohnort kann aus Gründen der Mehrfachbelastung nicht ausgeschöpft werden.
- Die ambulante Behandlung am Wohnort kann aus Zeitgründen gar nicht in Anspruch genommen werden.
- Ich habe noch nie eine Leistung in Anspruch genommen.
- Habe jahrelang Beiträge bezahlt ohne entsprechende Gegenleistung.
- Ich habe ein Recht auf diese Leistung, wenn ich diese nicht erhalte, wechsle ich die Krankenkasse.

Die genannten Gründe mögen im Einzelfall aus Sicht des/der Versicherten nachvollziehbar sein, sie sind jedoch für die Genehmigung einer solchen Leistung nicht relevant.

5 Handlungsbedarf

5.1 Zuständigkeit der Rentenversicherung

Krankenkassen dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nur erbringen, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden. Dies regelt § 41 Abs. 2 i. V. m. § 40 Abs. 4 SGB V. Sofern also die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers vorliegen, müssen die Krankenkassen die Anträge auf Leistungen zur

medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter an die Rentenversicherung weiterleiten (§ 14 SGB IX). Insofern ist die Weiterleitung der Anträge an die Rentenversicherungsträger in den genannten Fällen gesetzlich vorgeschrieben und die darauf abzielende Kritik nicht gerechtfertigt.

In diesem Zusammenhang wird eindringlich auf das Problem hingewiesen, dass weder im SGB IX noch im SGB VI die besondere Form der Rehabilitation für Mütter bzw. Mütter mit Kindern oder Väter bzw. Väter mit Kindern für die Rentenversicherung fixiert wurde. Dies führt dazu, dass der Rentenversicherungsträger bei Weiterleitung der Anträge diese entweder ablehnt oder aber Leistungen nicht in den auf die Mutter-/Vater-Kind-Leistungen spezialisierten Einrichtungen sondern in einer indikationsspezifischen Einrichtung bewilligt. Aus dieser Situation heraus ergibt sich für die Spitzenverbände der Krankenkassen die schon öfter formulierte Forderung, dass die medizinische Rehabilitation von Müttern und Vätern auch in den Leistungskatalog der Rentenversicherungsträger aufgenommen werden muss.

5.2 Einheitliches Antragsformular für die Versicherten

Wie in 4.1.4 bereits dargestellt, haben die Krankenkassen unter Mitwirkung des MDS/MDK ein einheitliches Antragsformular für die Versicherten entwickelt, welches beim Versicherten alle für die Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Informationen abfragt. Bleibt es weiter bei der ablehnenden Haltung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD), führt dies dazu, dass aufgrund fehlender Informationen nicht ausgeschlossen werden kann, dass berechnete Leistungsansprüche von Versicherten zunächst abgelehnt werden und die Krankenkassen erst im Widerspruchs- oder gar erst im Klageverfahren durch zusätzliche Angaben des/der Versicherten näheren Aufschluss über den zu berücksichtigenden Sachverhalt erhalten. Die dadurch eingetretenen Verzögerungen können zu negativen Folgewirkungen auf den Krankheitsverlauf führen und die Teilhabemöglichkeit des/der Betroffenen verschlechtern.

Im Übrigen sei darauf verwiesen, dass auch vor dem Hintergrund der Regelungen im SGB IX die Bedenken des BfD für die Spitzenverbände der Krankenkassen nicht nachvollziehbar sind. Dort wird in den §§ 8 bis 14 die besondere Aufgabenstellung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger formuliert. Die Krankenkassen werden u. a. verpflichtet, bei Leistungsanträgen zur medizinischen Rehabilitation generell zu prüfen, ob Rehabilitationsbedürftigkeit besteht und Leistungen zur Teilhabe, auch anderer Träger, voraussichtlich erfolgreich sind. Um diese umfassende Prüfung vornehmen zu können, reichen rein medizinische Informationen (ICD-Diagnose) nicht aus. Wegen ihrer Wechselwirkung auf Gesundheit sind auch umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren sowie Wünsche und Selbsteinschätzung des/der Betroffenen von erheblicher Bedeutung. Genau diese sollen mit dem Antragsformular bei den Versicherten erfragt werden.

Anlage 1

Anforderungsprofil für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V erbringen

1 Einleitung

1.1 Grundlagen

Nach dem Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Elftes SGB V-Änderungsgesetz) vom 26. Juli 2002 dürfen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks (MGW), oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht¹. Diese Leistungen können auch als Vater-Kind- bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen² durchgeführt werden.

Für Einrichtungen des MGW sowie gleichartige Einrichtungen (einschließlich Mütter-Einrichtungen und Mutter-Kind-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V), die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für Mütter/Väter³ oder Mütter mit Kindern/Väter mit Kindern erbracht haben, gilt grundsätzlich ein Bestandsschutz im Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen. Dieser entfällt, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dieses bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend gemacht haben. Dabei sind die unter Ziffer 7 Absatz 2 dieses Anforderungsprofils genannten Übergangsregelungen zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen

- der AOK-Bundesverband,
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der IKK-Bundesverband,
- die See-Krankenkasse,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- die Bundesknappschaft,
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
- der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,

¹ Diese Einrichtungen werden im Folgenden Mütter-Einrichtungen genannt, soweit keine Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

² Die Leistungen zur Vorsorge für Mütter, Väter oder Mütter mit Kindern bzw. Väter mit Kindern werden im Folgenden als Mütter-Maßnahmen bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen bezeichnet.

³ Im Folgenden wird ausschließlich der Begriff Mütter verwandt, wobei die Väter jeweils eingeschlossen sind.

gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) und des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK) das nachfolgende bundeseinheitliche Anforderungsprofil für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen in Mütter-Einrichtungen vereinbart. Es bildet die Grundlage für die nach § 111a SGB V auf Landesebene zu schließenden Verträge und dient der Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens. Dabei wurden auch die durch das MGW bereits definierten Standards (Stand: 15. November 2000) berücksichtigt.

Die Anforderungen an Einrichtungen, die stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbringen, sind Gegenstand eines gesonderten Anforderungsprofils.

1.2 Zielsetzung

Das Anforderungsprofil ist Grundlage für eine adäquate Versorgung des Personenkreises unter Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Es konkretisiert die Voraussetzungen im Sinne des § 111 Abs. 2 SGB V für den Bereich der Mütter-Einrichtungen, in denen stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbracht werden. Dabei sind alle anderen damit im Zusammenhang stehenden Gesetze zu berücksichtigen.

Zur Sicherung eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsangebotes sind eine zielgruppenspezifische und fachliche Ausrichtung der Vorsorgeeinrichtungen für Mütter auf primär- und sekundärpräventive Zielsetzungen und eine entsprechende vertragliche Ausgestaltung der Versorgungsverträge nach § 111a SGB V notwendig. Damit verbunden sind zielgruppenspezifische Konzepte, die bestimmte räumliche, apparative und personelle Gegebenheiten voraussetzen.

Den Konzepten muss ein ganzheitlicher Therapieansatz zugrunde liegen, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Vorsorge einbezieht. Die Grundsätze der Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität sind gleichermaßen zu berücksichtigen.

1.3 Abgrenzung § 111 und § 111a SGB V

Die Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V unterscheiden sich von den Einrichtungen nach § 111 SGB V durch das auf den besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter ausgerichtete Angebot. Neben den mütterspezifischen Beanspruchungs- bzw. Belastungsformen und Gesundheitsstörungen gehen die Einrichtungen in besonderer Weise auf die Zusammenhänge zwischen Mutter- und Kind-Gesundheit und die Notwendigkeit interaktiver Therapien ein. Bei Mütter-Maßnahmen handelt es sich um ein komplexes medizini-

noch Anlage 1

sches Vorsorgeangebot, welches die Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) und die geschlechtsspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie psychosoziale Problemsituationen in besonderer Weise berücksichtigt.

Soweit die Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V Mutter-Kind-Maßnahmen anbieten, müssen die Vorsorgekonzepte spezielle interaktive Behandlungsangebote enthalten, die – unabhängig von der jeweiligen Ursache – auf die Verbesserung der ggf. gestörten Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet sind.

Ein Betreuungsangebot für Kinder muss vorhanden sein. Für behandlungsbedürftige Kinder muss ein entsprechendes Behandlungsangebot sichergestellt werden.

1.4 Spezifizierung von Versorgungsverträgen

Die Versorgungsverträge nach § 111a SGB V sind anhand der gesetzlichen Ziel- und Zweckbestimmung zu spezifizieren, d. h. sie müssen spezifisch in Bezug auf Vorsorge oder Rehabilitation vereinbart werden⁴. Durch den Versorgungsvertrag wird die Einrichtung nur für die ihr obliegenden spezifischen Leistungen zugelassen. Eine pauschale Zulassung für Vorsorge und Rehabilitation ist nicht zulässig. Dies schließt nicht aus, dass eine Einrichtung sowohl einen Versorgungsvertrag für Vorsorge als auch einen Versorgungsvertrag für Rehabilitation erhält.

2 Grundsätze

2.1 Zielgruppen

In den Einrichtungen nach § 111a SGB V werden Leistungen für Mütter erbracht, wenn eine Indikation für eine stationäre Vorsorgeleistung der Mutter nach § 24 SGB V vorliegt.

Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V kommen in Betracht, wenn für die Mutter Vorsorgebedürftigkeit, d. h.

- ein oder mehrere beeinflussbare(r) Risikofaktor(en) (z. B. Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsman-

⁴ Sofern mit der Einrichtung in einem Vertrag Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation vereinbart werden sollen, ist es erforderlich, dass die aus den Anforderungsprofilen „Vorsorge“ und „Rehabilitation“ resultierenden Voraussetzungen sowohl für die Vorsorge als auch für die Rehabilitation erfüllt sind.

Jeweils getrennt für Vorsorge und Rehabilitation sind im Versorgungsvertrag auszuweisen:

- die Betten-Kapazitäten,
- die Indikationen.

Dabei ist eine größtmögliche Flexibilität hinsichtlich Kapazität und Personalstruktur zwischen den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation zu ermöglichen, wenn die Kriterien aus den jeweiligen Anforderungsprofilen erfüllt sind.

Im Übrigen ist zur Sicherung der Erfüllung der spezifischen Voraussetzungen jeweils die Konzeption der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Vertragsbestandteil zu erklären.

gel) für bestimmte Erkrankungen nachweisbar sind, oder

- eine oder mehrere behandlungsbedürftige Befindlichkeitsstörung(en)/psychovegetative Regulationsstörung(en), jedoch ohne klinische Manifestation einer Krankheit bestehen, oder
- eine Krankheit bereits klinisch manifest ist bzw. geworden ist (insbesondere chronisch rezidivierende oder progrediente Erkrankung)

und Vorsorgefähigkeit sowie eine positive Vorsorgeprognose vorliegen.

Mutter-Kind-Maßnahmen können in Betracht kommen, wenn

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z. B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern, insbesondere bei allein erziehenden und/oder berufstätigen Müttern, eine belastete Mutter-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des/r Kindes/r von der Mutter unzumutbar ist, oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung für die Mutter daran scheitern kann,

und die Mitaufnahme des Kindes/der Kinder den Erfolg der Vorsorgemaßnahme der Mutter nicht gefährdet.

Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Vor dem Hintergrund der zielgruppenspezifischen Besonderheiten sind Kinder, die aus den o. a. Gründen an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen, keine Begleitpersonen im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V (§ 38 SGB V in Verbindung mit § 54 Abs. 2 SGB IX).

Bei vorliegender Indikation für eine Rehabilitation des Kindes kann nach gutachterlicher Empfehlung auch eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme für Kinder – ggf. auch zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers – in Betracht kommen.

2.2 Zielgruppenspezifische Besonderheiten

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 24 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern im Rahmen stationärer Vorsorgemaßnahmen

noch Anlage 1

in einer ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

Um das angestrebte Vorsorgeziel im Rahmen von Mutter-Kind-Maßnahmen zu erreichen, wird sichergestellt, dass die Mutter die Leistung möglichst belastungsfrei in Anspruch nehmen kann. Kinder werden in den Einrichtungen von qualifiziertem Fachpersonal betreut und – soweit vom individuellen Therapiekonzept her sinnvoll – in das Vorsorgeprogramm der Mutter einbezogen.

Für Kinder, die an solchen Maßnahmen teilnehmen, müssen die erforderlichen zweckentsprechenden Räumlichkeiten vorhanden sein.

Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die jeweilige Mutter-Kind-Beziehung einen bedeutsamen Kontextfaktor für die Mutter und/oder das Kind darstellen kann und z. B. folgende therapeutische Angebote bedingt:

- Mutter-Kind-Interaktionsangebote,
- Sport- und Bewegungsangebote,
- Angebot zur Erziehungsberatung.

Bei Behandlungen von Kindern und therapeutischen Angeboten für diese sind eine kindgerechte Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

3 Anforderungen

Die folgenden Punkte beschreiben die zielgruppenspezifischen Anforderungen an Mütter-Einrichtungen und ihre jeweiligen vorsorgespezifischen Anforderungsprofile zur Umsetzung des Therapiekonzeptes.

Die Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind im Sinne des Gesetzes barrierefrei zu erbringen. Soweit noch nicht geschehen, sind zur Umsetzung dieser gesetzlichen Anforderungen angemessene Fristen mit den Mütter-Einrichtungen zu vereinbaren, wobei indikations- und einrichtungsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

3.1 Ganzheitlicher Vorsorgeansatz

Der ganzheitliche Ansatz bei der Erbringung von Vorsorgeleistungen bezieht sich auf

- die umfassende Diagnostik der vorsorgebegründenden Gesundheitsprobleme mit ihrem biopsychosozialen Ursachen- und Bedingungsgefüge unter besonderer Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Gesundheitsprobleme und Kontextfaktoren nach ICF,
- die komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategie in Form von Maßnahmen der Krankenbehandlung, psychologischen Beratung und Behandlung, gesund-

heitsfördernden Hilfen sowie Hilfen in psychosozialen Problemsituationen,

- die zusammenhängende Betrachtung von Diagnostik, Behandlungs-, Verlaufs- und Erfolgsbeurteilung sowie Empfehlungen für die Nachsorge.

3.2 Vorsorgekonzept

Jede Mütter-Einrichtung muss ein verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Vorsorge nachweisen. Es muss den spezifischen Anforderungen der Zielgruppen entsprechen und Angaben zum Indikationsspektrum, den Therapieangeboten und den übergeordneten Behandlungsgrundsätzen enthalten. Des Weiteren muss es Angaben zur erforderlichen vorsorgespezifischen Diagnostik und Therapie sowie zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung und zur voraussichtlichen Vorsorgedauer enthalten.

3.3 Vorsorgediagnostik

Zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Vorsorge ist die notwendige indikationsspezifische Vorsorgediagnostik bzw. Verlaufsbeobachtung durchzuführen.

Unter kritischer Würdigung der bereits vorliegenden antragsrelevanten Befunde werden die Risikofaktoren, Befindlichkeitsstörungen (einschließlich psychovegetativer Regulationsstörungen) und ggf. bestehende Krankheiten beschrieben, deren Auswirkungen (Schädigungen, vorübergehende Fähigkeitsstörungen) sowie die vorsorgerelevanten Kontextfaktoren dargestellt.

Ausgehend vom Ergebnis der Vorsorgediagnostik werden in Absprache mit der Patientin⁵ das angestrebte Vorsorgeziel definiert sowie Art und Frequenz der zur Zielerreichung notwendigen Einzelmaßnahmen/therapeutischen Verfahren festgelegt. Für jede Patientin ist ein Vorsorgeplan zu erstellen, der im Verlauf zu überprüfen und ggf. anzupassen ist.

Bei der Erfassung einer ggf. vorliegenden psychosozialen Problemsituation kommt der Erhebung der umfassenden Sozialanamnese von Mutter und Kind besondere Bedeutung zu.

Die Vorsorgediagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden.

3.4 Vorsorgeplan

Der Vorsorgeplan muss Angaben zu den angestrebten Vorsorgezielen und den ggf. anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen enthalten. Anhand der Diagnostik (vgl. 3.3) ist für jede Patientin ein detaillierter individueller Vorsorgeplan schriftlich zu erstellen, der die Ziele der verschiedenen therapeutischen Bereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Vermin-

⁵ Verzicht auf die männliche Sprachform.

noch Anlage 1

derung/Beseitigung der Risikofaktoren, Befindlichkeitsstörungen/psycho-vegetativen Regulationsstörungen und ggf. der Verminderung des klinischen Schweregrades von Krankheiten und Vermeidung von nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen orientiert. Er ist von der Ärztin⁶ unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Vorsorgeteams zu erstellen und im Laufe der Vorsorge der aktuellen Situation anzupassen. Die Patientin ist bei der Erstellung bzw. Anpassung des Vorsorgeplans zu beteiligen.

3.5 Ärztliche Verantwortung

Die Vorsorge-Einrichtung muss unter ständiger ärztlicher Verantwortung einer Fachärztin für Allgemeinmedizin⁷ oder einer Ärztin mit einer anderen Gebietsbezeichnung (abhängig von der Schwerpunktindikation) stehen. Die verantwortliche Ärztin muss über Erfahrungen in der Vorsorge sowie über sozialmedizinische Kompetenz (z. B. durch Fortbildung) verfügen.

Die Vertreterin der verantwortlichen Ärztin muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen.

Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen zur Erbringung der beschriebenen ärztlichen Aufgaben in der Einrichtung präsent und darüber hinaus bei Bedarf kurzfristig verfügbar sein.⁸

3.6 Ärztliche Aufgaben

Die verantwortliche Ärztin stellt die Umsetzung eines umfassenden Vorsorgekonzeptes im Rahmen der Leistungsträgervorgaben bezogen auf die einzelne Patientin sicher.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Leitung des Vorsorgeteams und der Teambesprechung (mind. 1 x pro Woche),
- Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Vorsorgediagnostik mit Konkretisierung des Vorsorgebedarfs,
- Erstellung des Vorsorgeplans und Festlegung der Vorsorgeziele in Abstimmung mit der Mutter und dem Vorsorgeteam,
- laufende Überprüfung des individuellen Vorsorgeziels und Anpassung des Vorsorgeplans,

⁶ Bei der Benennung des Personals wird auf die männliche Sprachform verzichtet.

⁷ Bei bestehenden Einrichtungen ist von einer ausreichenden Qualifikation auch bei einer praktischen Ärztin mit einer fünfjährigen Tätigkeit in einer Mütter-Einrichtung auszugehen.

⁸ Demgegenüber vertritt der BDPK folgenden Standpunkt: Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen während der Therapiezeiten in der Einrichtung durchgängig präsent und verfügbar sein. Außerhalb der Therapiezeiten ist eine lückenlose ärztliche Rufbereitschaft sicherzustellen.

- Durchführung aller für die Vorsorge erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der therapeutischen Maßnahmen,
- Sprechstundenangebot Montag bis Freitag (nach Bedarf) für die Mutter (und die Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen),
- Information und Beratung der Mutter,
- Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln bei Bedarf,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Belange mit Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Berichte des nichtärztlichen Vorsorgeteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Konsiliarärzten/-ärztinnen und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Sicherstellung der Dokumentation,
- Gewährleistung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements.

3.7 Personelle Ausstattung

Das Vorsorgeteam muss sich neben den Ärztinnen aus folgenden nicht-ärztlichen Fachkräften zusammensetzen:

- Diplompsychologinnen (u. a. verhaltens- und/oder familientherapeutisch orientiert),
- Physiotherapeutinnen/Krankengymnastinnen und Masseurinnen,
- Diätassistentinnen/Diplom-Oecotrophologinnen,
- Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen/Heilpädagoginnen,
- Sportlehrerinnen/Sporttherapeutinnen/Bewegungstherapeutinnen/Gymnastiklehrerinnen,
- examinierte Krankenschwestern/Krankenpflegefachkräften,
- krankenflegerischer Bereitschaftsdienst (24 h im Hause).⁹

Darüber hinaus ist je nach Zielgruppe und Vorsorgekonzept der Einrichtung ggf. weiteres Fachpersonal (z. B. Ergotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeutinnen) vorzuhalten.

⁹ Demgegenüber vertritt der BDPK folgenden Standpunkt: Aufgrund der gegenüber den Müttern und Kindern wahrzunehmenden Verantwortung muss ein Bereitschaftsdienst mit examinierter Krankenschwester (24 h im Hause) gewährleistet sein.

noch Anlage 1

3.8 Zusätzliche personelle Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Kinderbetreuung

Der Personalbedarf ist abhängig von der Gruppenanzahl je Altersbereich und deren Gruppenstärke. Es ergeben sich folgende Richtwerte:

- 0 bis 3 Jahre: zehn Kinder mindestens zwei Betreuerinnen, davon mind. eine Fachkraft (z. B. Kinderpflegerin und/oder Kinderkrankenschwester),
- ab 3 Jahre: 24 Kinder mind. eine Erzieherin und eine geeignete Zweitkraft (z. B. Kinderpflegerin, Sozialassistentin).

Pädagogische/Therapeutische Arbeit

Das Personal für die medizinische und psychosoziale Therapie für Kinder wird auf den Personalbedarf in der pädagogischen Arbeit nicht angerechnet. Darüber hinaus ergibt sich für indikationsunabhängige Angebote zur Mutter-Kind-Interaktion, zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder, zur Erziehungsberatung oder zur Betreuung der Kinder ein ggf. stundenweise zu organisierender Personalbedarf, z. B.:

- Heilpädagoginnen (Mutter-Kind-Interaktion und Erziehungsberatung),
- Bewegungstherapeutinnen oder Erzieherinnen mit geeigneter Zusatzqualifikation (für Mutter-Kind-Interaktion und Sport- und Bewegungsangebote für Kinder).

Behandlungsbedürftigkeit des Kindes

Sofern die Einrichtung behandlungsbedürftige Kinder aufnimmt, ist durch entsprechende personelle, räumliche und apparative Ausstattung die Umsetzung des Therapiekonzeptes zu gewährleisten. Zur personellen Ausstattung gehören insbesondere:

- Kinderärztin (ggf. auf Honorarbasis),
- Kinderkrankenschwester (abhängig von der Konzeption des Hauses).

3.9 Personalbemessung

Die Personalbemessung in den Einrichtungen richtet sich in allen Bereichen nach der Zahl der Betten und der konzeptionellen Ausstattung.

3.10 Räumliche Ausstattung

Es müssen folgende Räumlichkeiten vorhanden bzw. folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Rezeption und Raum für Patientinnenaufnahme,
- Sport-/Gymnastikhalle (oder Multifunktionsaal),

- Vortragsraum/Veranstaltungsraum (oder Multifunktionsaal),
- Gruppentherapieraum (oder Multifunktionsaal),
- Freizeiträume/Aufenthaltsräume,
- Info-Tafeln bzw. behindertengerechte Informationen zu den verschiedenen Therapie-, Beratungs-, Informations- und sonstigen Angeboten,
- Ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsraum,
- Einzeltherapieräume,
- Speiseraum/Cafeteria.

Wohn-, Schlaf- und Gemeinschaftsbereiche

Die Zimmer/Appartments sind jeweils mit Dusche/WC, Notrufanlage bzw. Notruf über Telefon auszustatten. Die räumliche Ausstattung muss die Privatsphäre und Ruhezeiten gewährleisten und die Aufnahme sozialer Kontakte unterstützen.

Für das gesamte Klinikgebäude gilt ein Rauchverbot.

3.11 Zusätzliche räumliche Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Die Besonderheiten der räumlichen Ausstattung für Kinder gelten nur für Mutter-Kind-Einrichtungen. Die Ausstattung muss eine altersgerechte Unterbringung der Kinder gewährleisten und die erforderliche Sicherheit für Kinder bieten. Die Zimmer/Appartments sind so zu gestalten, dass ein separater Schlafraum für die Kinder vorhanden ist¹⁰. Mehrbettzimmer für Mütter sind ausgeschlossen.

Zu den baulichen/räumlichen Mindestanforderungen gehören:

- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder,
- Gruppenraum (mit integrierten Rückzugsmöglichkeiten),
- Ruheraum,
- Küche,
- Mehrzweckraum/Turnhalle,
- Garderobe/Schmutzschleuse,
- kindgerechte Sanitäranlagen,
- Kinderspielplatz im Freien,
- ggf. Speiseraum (je nach pädagogischem Konzept),
- ggf. Kleinkinder-/Krabbelgruppenraum,

¹⁰ Sofern für bestehende Einrichtungen zur Erfüllung dieser Anforderung bauliche Maßnahmen erforderlich sind, sind angemessene, der speziellen Situation der Einrichtung Rechnung tragende, Übergangsfristen zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

noch Anlage 1

- ggf. Wickelraum,
- Waschküche mit Waschmöglichkeit.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern sind kindgerechte Räumlichkeiten für Diagnostik und Therapie vorzuhalten.

4 Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Vorsorgediagnostik und Therapie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten. Sie orientiert sich im Übrigen an den zielgruppenspezifischen Erfordernissen.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern ist eine kind- und indikationsgerechte apparative Ausstattung sicherzustellen.

5 Dokumentation

5.1 Patientinnenakte

Für jede Patientin (Mutter und behandlungsbedürftiges Kind) ist eine Patientinnenakte anzulegen, aus der alle maßnahmerelevanten Diagnosen und durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Therapieprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- sämtliche erhobene anamnestiche Daten, klinische Befunde und deren Interpretation,
- den individuellen Vorsorgeplan der Patientin (ggf. Therapieplan des Kindes),
- die Teilnahmedokumentation der Patientin in einem Behandlungsheft/Tagebuch,
- das definierte Therapieziel und die Bewertung des Therapieerfolges durch Verlaufsuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie der Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen,
- die Dauer der individuellen täglichen Betreuungszeiten des Kindes/der Kinder (nur bei Mutter-Kind-Einrichtungen).

5.2 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der Vorsorgemaßnahme erhalten die/der behandelnde Ärztin/Arzt und der zuständige Leistungsträger einen Entlassungsbericht, der u. a. folgende Angaben enthalten muss.

- Vorsorgeverlauf unter Angabe der durchgeführten Maßnahmen,

- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung; diese umfassen z. B. die Stellungnahme:

- zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation,
- zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Vorsorgeerfolges.

Für behandlungsbedürftige Kinder ist ebenfalls ein Entlassungsbericht mit Angaben zu Therapiezielen, durchgeführten Maßnahmen, Therapieerfolg und Anregungen für weiterführende Maßnahmen zu erstellen.

6 Qualitätssicherung

Die Mütter-Einrichtungen sind gem. § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet, sich an dem Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen sowie einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Weitere Einzelheiten werden insbesondere in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbart.

7 Umsetzung und Überprüfung des Anforderungsprofils

Diese Vereinbarung wird mit Wirkung zum 1. August 2003 geschlossen. Die hierin beschriebenen Mindestanforderungen für Einrichtungen, die Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbringen, sind Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V.

Für Mütter-Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbracht haben und dieses Anforderungsprofil noch nicht erfüllen, vereinbaren die Vertragspartner – abhängig vom Anpassungsbedarf – eine angemessene Frist zur Umsetzung, längstens eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2005. Bei notwendigen baulichen Veränderungen mit besonderem Aufwand kann diese Frist auch verlängert werden.

Das Anforderungsprofil wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unter Beteiligung des MGW und des BDPK regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.

Anlage 2

Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V erbringen

1 Einleitung

1.1 Grundlagen

Nach dem Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Elftes SGB V-Änderungsgesetz) vom 26. Juli 2002 dürfen Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach § 41 SGB V nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks (MGW), oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht¹. Diese Leistungen können auch als Vater-Kind- und Mutter-Kind-Maßnahmen² durchgeführt werden.

Für Einrichtungen des MGW sowie gleichartige Einrichtungen (einschließlich Mütter-Einrichtungen und Mutter-Kind-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V), die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für Mütter/Väter³ oder Mütter mit Kindern/Väter mit Kindern erbracht haben, gilt grundsätzlich ein Bestandsschutz im Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen. Dieser entfällt, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dieses bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend gemacht haben. Dabei sind die unter Ziffer 7 Absatz 2 dieses Anforderungsprofils genannten Übergangsregelungen zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen,

- der AOK-Bundesverband,
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der IKK-Bundesverband,
- die See-Krankenkasse,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- die Bundesknappschaft,
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
- der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,

¹ Diese Einrichtungen werden im Folgenden Mütter-Einrichtungen genannt, soweit keine Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

² Die Leistungen zur Rehabilitation für Mütter, Väter oder Mütter mit Kindern bzw. Väter mit Kindern werden im Folgenden als Mütter-Maßnahmen bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen besitz.

³ Im Folgenden wird ausschließlich der Begriff Mütter verwandt, wobei die Väter jeweils eingeschlossen sind.

gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) und des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. (BDPK) das nachfolgende bundeseinheitliche Anforderungsprofil für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen in Mütter-Einrichtungen vereinbart. Es bildet die Grundlage für die nach § 111a SGB V auf Landesebene zu schließenden Verträge und dient der Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens. Dabei wurden auch die durch das MGW bereits definierten Standards (Stand: 15. November 2000) berücksichtigt.

Die Anforderungen an Einrichtungen, die stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbringen, sind Gegenstand eines gesonderten Anforderungsprofils.

1.2 Zielsetzung

Das Anforderungsprofil ist Grundlage für eine adäquate Versorgung des Personenkreises unter Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Es konkretisiert die Voraussetzungen im Sinne des § 111 Abs. 2 SGB V für den Bereich der Mütter-Einrichtungen, in denen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbracht werden. Dabei sind alle anderen im Zusammenhang stehenden Gesetze zu berücksichtigen, insbesondere SGB IX.

Zur Sicherung eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsangebotes sind eine zielgruppen- und indikationsspezifische Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtungen für Mütter auf Rehabilitationsziele und eine entsprechende Ausgestaltung der Versorgungsverträge nach § 111a SGB V notwendig. Damit verbunden sind zielgruppen- und indikationsspezifische Konzepte, die bestimmte räumliche, apparative und personelle Gegebenheiten voraussetzen.

Den Konzepten muss ein ganzheitlicher Therapieansatz zugrunde liegen, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation einbezieht. Die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität sind gleichermaßen zu berücksichtigen.

1.3 Abgrenzung § 111 und § 111a SGB V

Die Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V unterscheiden sich von den Einrichtungen nach § 111 SGB V durch das auf den besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter ausgerichtete Angebot.

Neben den Krankheitsauswirkungen (Schädigungen, nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen und Beinträchtigungen) und den mütterspezifischen Beanspruchungs- bzw. Belastungsformen gehen die Einrichtungen in besonderer Weise auf die Zusammenhänge zwischen

noch Anlage 2

Mutter- und Kind-Gesundheit und die Notwendigkeit interaktiver Therapien ein. Bei Mütter-Maßnahmen handelt es sich um ein komplexes medizinisches Rehabilitationsangebot, welches die Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) und die geschlechtsspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie psychosoziale Problemsituationen in besonderer Weise berücksichtigt.

Soweit die Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V Mutter-Kind-Maßnahmen anbieten, müssen die Rehabilitationskonzepte spezielle interaktive Behandlungsangebote enthalten, die – unabhängig von der jeweiligen Ursache – auf die Verbesserung der ggf. gestörten Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet sind.

Ein Betreuungsangebot für Kinder muss vorhanden sein. Für behandlungsbedürftige Kinder muss ein entsprechendes Behandlungsangebot sichergestellt werden.

1.4 Spezifizierung von Versorgungsverträgen

Die Versorgungsverträge nach § 111a SGB V sind anhand der gesetzlichen Ziel- und Zweckbestimmung zu spezifizieren, d. h. sie müssen spezifisch in Bezug auf Vorsorge oder Rehabilitation vereinbart werden⁴. Durch den Versorgungsvertrag wird die Einrichtung nur für die ihr obliegenden spezifischen Leistungen zugelassen. Eine pauschale Zulassung für Vorsorge und Rehabilitation ist nicht zulässig. Dies schließt nicht aus, dass eine Einrichtung sowohl einen Versorgungsvertrag für Vorsorge als auch einen Versorgungsvertrag für Rehabilitation erhält.

2 Grundsätze

2.1 Zielgruppen

In den Einrichtungen nach § 111a SGB V werden Leistungen für Mütter erbracht, wenn eine Indikation für eine stationäre Rehabilitationsleistung der Mutter nach § 41 SGB V vorliegt.

Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V kommen in Betracht, wenn für die Mutter Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, d. h. wenn als Folge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

⁴ Sofern mit der Einrichtung in einem Vertrag Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation vereinbart werden sollen, ist es erforderlich, dass die aus den Anforderungsprofilen „Vorsorge“ und „Rehabilitation“ resultierenden Voraussetzungen sowohl für die Vorsorge als auch für die Rehabilitation erfüllt sind.

Jeweils getrennt für Vorsorge und Rehabilitation sind im Versorgungsvertrag auszuweisen:

- die Betten-Kapazitäten,
- die Indikationen.

Dabei ist eine größtmögliche Flexibilität hinsichtlich Kapazität und Personalstruktur zwischen den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation zu ermöglichen, wenn die Kriterien aus den jeweiligen Anforderungsprofilen erfüllt sind.

Im Übrigen ist zur Sicherung der Erfüllung der spezifischen Voraussetzungen jeweils die Konzeption der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Vertragsbestandteil zu erklären.

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen vorliegen
- und/oder Beeinträchtigungen drohen oder bereits manifest sind und über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist,

und Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen.

Mutter-Kind-Maßnahmen können in Betracht kommen, wenn

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z. B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern, insbesondere bei allein erziehenden und/oder berufstätigen Müttern, eine belastete Mutter-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des/r Kindes/r von der Mutter unzumutbar ist, oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung für die Mutter daran scheitern kann,

und die Mitaufnahme des Kindes/der Kinder den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme der Mutter nicht gefährdet.

Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis zwölf Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Vor dem Hintergrund der zielgruppenspezifischen Besonderheiten sind Kinder, die aus den o. a. Gründen an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen, keine Begleitpersonen im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V (§ 38 SGB V in Verbindung mit § 54 Abs. 2 SGB IX).

Zielgruppe der Mütter-Maßnahmen in der GKV sind nicht Mütter, bei denen die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Mutter im Vordergrund steht und die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben ist (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Bei vorliegender Indikation für eine Rehabilitation des Kindes kann nach gutachterlicher Empfehlung auch eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme für Kinder – ggf. auch zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers – in Betracht kommen.

2.2 Zielgruppenspezifische Besonderheiten

Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken,

n och Anlage 2

Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen von Müttern im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in einer ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) besonders berücksichtigt werden.

Um das angestrebte Rehabilitationsziel im Rahmen von Mutter-Kind-Maßnahmen zu erreichen, wird sichergestellt, dass die Mutter die Leistung möglichst belastungsfrei in Anspruch nehmen kann. Kinder werden in den Einrichtungen von qualifiziertem Fachpersonal betreut und – soweit vom individuellen Therapiekonzept her sinnvoll – in das Rehabilitationsprogramm der Mutter einbezogen.

Für Kinder, die an solchen Maßnahmen teilnehmen, müssen die erforderlichen zweckentsprechenden Räumlichkeiten vorhanden sein.

Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die jeweilige Mutter-Kind-Beziehung einen bedeutsamen Kontextfaktor für die Mutter und/oder das Kind darstellen kann und z. B. folgende therapeutische Angebote bedingt:

- Mutter-Kind-Interaktionsangebote,
- Sport- und Bewegungsangebote,
- Angebot zur Erziehungsberatung.

Bei Behandlungen von Kindern und therapeutischen Angeboten für diese sind eine kindgerechte Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

3 Anforderungen

Die folgenden Punkte beschreiben die zielgruppenspezifischen Anforderungen an Mütter-Einrichtungen und ihre jeweiligen rehabilitationsspezifischen Anforderungsprofile zur Umsetzung des Therapiekonzeptes.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im Sinne des Gesetzes barrierefrei zu erbringen. Soweit noch nicht geschehen, sind zur Umsetzung dieser gesetzlichen Anforderungen angemessene Fristen mit den Mütter-Einrichtungen zu vereinbaren, wobei indikations- und einrichtungsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

3.1 Ganzheitlicher Rehabilitationsansatz

Die medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die aus einer Schädigung folgenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben berücksichtigt. Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die Integration in Arbeit, Beruf, Familie und Gesell-

schaft ist darüber hinaus die Einbeziehung der Risiko- und Kontextfaktoren.

3.2 Rehabilitationskonzept

Jede Mütter-Einrichtung muss ein verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Rehabilitation nachweisen. Es muss den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandinnengruppen⁵ sowie den Indikationen entsprechen und Angaben zum Indikationsspektrum, den Therapieangeboten und den übergeordneten Behandlungsgrundsätzen enthalten. Des Weiteren muss es Angaben zur erforderlichen rehabilitativen Diagnostik und Therapie, zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung und zur voraussichtlichen Rehabilitationsdauer enthalten.

3.3 Rehabilitationsdiagnostik

Zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die notwendige indikationsspezifische Rehabilitationsdiagnostik bzw. Verlaufsbeobachtung durchzuführen.

Unter kritischer Würdigung der bereits vorliegenden antragsrelevanten Befunde und der bei der Eingangsuntersuchung erhobenen Befunde werden die sich aus den Schädigungen ergebenden alltagsrelevanten Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, deren Ausprägungsgrad und Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren beschrieben.

Ausgehend vom Ergebnis der Rehabilitationsdiagnostik werden in Absprache mit der Rehabilitandin das angestrebte Rehabilitationsziel definiert sowie Art und Frequenz der zur Zielerreichung notwendigen Einzelmaßnahmen/therapeutischen Verfahren festgelegt. Für jede Rehabilitandin ist ein Rehabilitationsplan zu erstellen, der im Verlauf zu überprüfen und ggf. anzupassen ist.

Bei der Erfassung einer ggf. vorliegenden psychosozialen Problemsituation kommt der Erhebung der umfassenden Sozialanamnese von Mutter und Kind besondere Bedeutung zu.

Die Rehabilitationsdiagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden.

3.4 Rehabilitationsplan

Der Rehabilitationsplan muss Angaben zu den angestrebten Rehabilitationszielen und den ggf. anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen enthalten. Anhand der Diagnostik (vgl. 3.3) ist für jede Rehabilitandin ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan schriftlich zu erstellen, der die Ziele der verschiedenen therapeutischen Bereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankungen und ihrer Folgen, d. h. Schädigungen, nicht nur vor-

⁵ Im Folgenden wird auf die männliche Sprachform verzichtet.

noch Anlage 2

rübergehende Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, orientiert. Er ist von der Ärztin⁶ unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Rehabilitation der aktuellen Situation anzupassen. Die Rehabilitandin ist bei der Erstellung bzw. Anpassung des Rehabilitationsplans zu beteiligen.

3.5 Ärztliche Verantwortung

Die Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger fachlich-medizinischer Verantwortung einer Fachärztin mit der Gebietsbezeichnung der Hauptindikation der Einrichtung stehen. Werden in einer Rehabilitationseinrichtung mehrere Hauptindikationen abgedeckt, kann eine Fachärztin mit der Gebietsbezeichnung für eine der Hauptindikationen oder eine Fachärztin für Allgemeinmedizin die medizinische Gesamtverantwortung der Einrichtung tragen. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweilige fachärztliche Kompetenz für die übrigen bzw. die Hauptindikationen zur Verfügung steht. Diese kann in der Einrichtung konsiliarisch erbracht werden, wenn gewährleistet ist, dass die entsprechende(n) Fachärztin(en) die Behandlung durchführt und verantwortet. Weist eine Einrichtung eine Hauptindikation im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel F, ICD 10) aus, kann für diese Hauptindikation die Behandlung und Verantwortung in Kombination mit einer psychologischen Psychotherapeutin sichergestellt werden.

Die verantwortliche Ärztin verfügt über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen und soll die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ oder „Sozialmedizin“ führen. Sie hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch ihre ständige Fortbildung in der Sozialmedizin und rehabilitativen Medizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiterinnen.

Die Vertreterin der verantwortlichen Ärztin muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie die verantwortliche Ärztin der Einrichtung.

Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen während der Therapiezeiten ständig präsent und verfügbar sein. Außerhalb der Therapiezeiten ist eine lückenlose ärztliche Rufbereitschaft sicherzustellen.

3.6 Ärztliche Aufgaben

Die verantwortliche Ärztin stellt die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Leistungsträgervorgaben bezogen auf die einzelne Rehabilitandin sicher.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche),
- Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Rehabilitationsbedarfs,
- Erstellung des Rehabilitationsplans,
- Abstimmung des individuellen Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit der Mutter und dem Rehabilitationsteam,
- laufende Überprüfung des individuellen Rehabilitationsziels und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Durchführung aller für die Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der rehabilitationstherapeutischen Maßnahmen,
- Tägliches Sprechstundenangebot für die Mutter (und die Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen) in der Einrichtung,
- Information und Beratung der Mutter,
- Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln bei Bedarf,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Belange mit Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Berichte des nichtärztlichen Rehabilitationsteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Konsiliarärzten/-ärztinnen und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Sicherstellung der Dokumentation,
- Gewährleistung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements.

3.7 Personelle Ausstattung

Das Rehabilitationsteam muss sich neben den Ärztinnen aus folgenden nicht-ärztlichen Fachkräften zusammensetzen:

- Diplompsychologinnen (u. a. verhaltens- und/oder familientherapeutisch orientiert),
- Physiotherapeutinnen/Krankengymnastinnen und Masseurinnen,
- Diätassistentinnen/Diplom-Oecotrophologinnen,
- Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen/Heilpädagoginnen,

⁶ Bei der Benennung des Personals wird auf die männliche Sprachform verzichtet.

noch Anlage 2

- Sportlehrerinnen/Sporttherapeutinnen/Bewegungstherapeutinnen/Gymnastiklehrerinnen,
- examinierte Krankenschwestern/Krankenpflegefachkräften,
- krankenpflegerischer Bereitschaftsdienst (24 h im Hause).⁷

Darüber hinaus sind je nach indikationsspezifischer Ausrichtung z. B. Ergotherapeutinnen, Logopädinnen/Sprachtherapeutinnen und psychologische Psychotherapeutinnen vorzuhalten.

3.8 Zusätzliche personelle Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Kinderbetreuung

Der Personalbedarf ist abhängig von der Gruppenanzahl je Altersbereich und deren Gruppenstärke. Es ergeben sich folgende Richtwerte:

- 0 bis 3 Jahre: zehn Kinder mindestens zwei Betreuerinnen, davon mind. eine Fachkraft (z. B. Kinderpflegerin und/oder Kinderkrankenschwester),
- ab 3 Jahre: 24 Kinder mind. eine Erzieherin und eine geeignete Zweitkraft (z. B. Kinderpflegerin, Sozialassistentin).

Pädagogische/Therapeutische Arbeit

Das Personal für die medizinische und psychosoziale Therapie für Kinder wird auf den Personalbedarf in der pädagogischen Arbeit nicht angerechnet.

Darüber hinaus ergibt sich für indikationsunabhängige Angebote zur Mutter-Kind-Interaktion, zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder, zur Erziehungsberatung oder zur Betreuung der Kinder ein ggf. stundenweise zu organisierender Personalbedarf, z. B.:

- Heilpädagoginnen (Mutter-Kind-Interaktion und Erziehungsberatung),
- Bewegungstherapeutinnen oder Erzieherinnen mit geeigneter Zusatzqualifikation (für Mutter-Kind-Interaktion und Sport- und Bewegungsangebote für Kinder).

Behandlungsbedürftigkeit des Kindes

Sofern die Einrichtung behandlungsbedürftige Kinder aufnimmt, ist durch entsprechende personelle, räumliche und apparative Ausstattung die Umsetzung des Therapiekonzeptes zu gewährleisten. Zur personellen Ausstattung gehören insbesondere:

- Kinderärztin (ggf. auf Honorarbasis),
- Kinderkrankenschwester (abhängig von der Konzeption des Hauses).

3.9 Personalbemessung

Die Personalbemessung in den Einrichtungen richtet sich in allen Bereichen nach der Zahl der Betten und der konzeptionellen Ausstattung.

3.10 Räumliche Ausstattung

Es müssen folgende Räumlichkeiten vorhanden/folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Rezeption und Raum für Rehabilitandinnenaufnahme,
- Sport-/Gymnastikhalle (oder Multifunktionsaal),
- Vortragsraum/Veranstaltungsraum (oder Multifunktionsaal),
- Gruppentherapieaum (oder Multifunktionsaal),
- Freizeiträume/Aufenthaltsräume,
- Info-Tafeln bzw. behindertengerechte Informationen zu den verschiedenen Therapie-, Beratungs-, Informations- und sonstigen Angeboten,
- Ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsraum,
- Einzeltherapieräume,
- Speiseraum/Cafeteria.

Wohn-, Schlaf- und Gemeinschaftsbereiche

Die Zimmer/Appartements sind jeweils mit Dusche/WC, Notrufanlage bzw. Notruf über Telefon auszustatten. Die räumliche Ausstattung muss die Privatsphäre und Ruhezeiten gewährleisten und die Aufnahme sozialer Kontakte unterstützen.

Für das gesamte Klinikgebäude gilt ein Rauchverbot.

3.11 Zusätzliche räumliche Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Die Besonderheiten der räumlichen Ausstattung für Kinder gelten nur für Mutter-Kind-Einrichtungen. Die Ausstattung muss eine altersgerechte Unterbringung der Kinder gewährleisten und die erforderliche Sicherheit für Kinder bieten. Die Zimmer/Appartements sind so zu gestalten, dass ein separater Schlafraum für die Kinder⁸ vorhanden ist. Mehrbettzimmer für Mütter sind ausgeschlossen.

⁷ Demgegenüber vertritt der BDPK folgenden Standpunkt: Aufgrund der gegenüber den Müttern und Kindern wahrzunehmenden Verantwortung muss ein Bereitschaftsdienst mit examinierter Krankenschwester (24 h im Hause) gewährleistet sein.

⁸ Sofern für bestehende Einrichtungen zur Erfüllung dieser Anforderung bauliche Maßnahmen erforderlich sind, sind angemessene, der speziellen Situation der Einrichtung Rechnung tragende, Übergangsfristen zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

noch Anlage 2

Zu den baulichen/räumlichen Mindestanforderungen gehören:

- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder,
- Gruppenräume mit integrierten Rückzugsmöglichkeiten,
- Ruheraum,
- Küche,
- Mehrzweckraum/Turnhalle,
- Garderobe/Schmutzschleuse,
- kindgerechte Sanitäranlagen,
- Kinderspielplatz im Freien,
- ggf. Speiseraum (je nach pädagogischem Konzept),
- ggf. Kleinkinder-/Krabbelgruppenraum,
- ggf. Wickelraum,
- Waschküche mit Waschmöglichkeit.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern sind kindgerechte Räumlichkeiten für Diagnostik und Therapie vorzuhalten.

4 Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Rehabilitationsdiagnostik und die Behandlung der speziellen Schädigungen und Fähigkeitsstörungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten. Sie orientiert sich im Übrigen an den indikationsspezifischen Erfordernissen.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern ist eine kind- und indikationsgerechte apparative Ausstattung sicherzustellen.

5 Dokumentation

5.1 Patientinnenakte

Für jede Rehabilitandin (Mutter und behandlungsbedürftiges Kind) ist eine Patientinnenakte anzulegen, aus der alle maßnahmerelevanten Diagnosen und durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Therapieprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- sämtliche erhobene anamnestiche Daten, klinische Befunde und deren Interpretation,
- den individuellen Rehabilitationsplan der Rehabilitandin (ggf. Therapieplan des Kindes),
- die Teilnahmedokumentation der Rehabilitandin in einem Behandlungsheft/Tagebuch,

- das definierte Therapieziel und die Bewertung des Therapieerfolges durch Verlaufsuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie der Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen,
- die Dauer der individuellen täglichen Betreuungszeiten des Kindes/der Kinder (nur bei Mutter-Kind-Einrichtungen).

5.2 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erhalten die/der behandelnde Ärztin/Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht, der u. a. folgende Angaben enthalten muss:

- Rehabilitationsverlauf mit Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen,
- Ergebnisse der abschließenden Diagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z. B. die Stellungnahme:
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation,
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung,
 - ggf. zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Rehabilitationssport und Funktionstraining),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld.

Für behandlungsbedürftige Kinder ist ebenfalls ein Entlassungsbericht mit Angaben zu Therapiezielen, durchgeführten Maßnahmen, Therapieerfolg und Anregungen für weiterführende Maßnahmen zu erstellen.

6 Qualitätssicherung

Die Mütter-Einrichtungen sind gem. § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet, sich an dem Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen sowie einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Weitere Einzelheiten werden insbesondere in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbart.

noch Anlage 2

7 Umsetzung und Überprüfung des Anforderungsprofils

Diese Vereinbarung wird mit Wirkung zum 1. August 2003 geschlossen. Die hierin beschriebenen Mindestanforderungen für Einrichtungen, die Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbringen, sind Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V.

Für Mütter-Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbracht haben und dieses Anforderungsprofil noch nicht erfüllen, vereinbaren die Vertragspartner – ab-

hängig vom Anpassungsbedarf – eine angemessene Frist zur Umsetzung, längstens eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2005. Bei notwendigen baulichen Veränderungen mit besonderem Aufwand kann diese Frist auch verlängert werden.

Das Anforderungsprofil wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unter Beteiligung des MGW und des BDPK regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst. Dies gilt insbesondere auch für die Anpassung an die ICF.

Anlage 3

**Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V
Stand 23. Juli 2004****Ausgangslage**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie das Müttergenesungswerk (MGW) und der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. (BDPK) haben sich gemeinsam auf die nachfolgenden Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V verständigt. Ziel ist es, durch konkretisierende Hinweise die Umsetzung der Bestandsschutzprüfung bzw. Vertragsabschlüsse gemäß § 111a SGB V in den Bundesländern nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen zu gewährleisten. Die Verhandlungspartner haben zur Frage einer Vergütungsrelevanz der Anforderungsprofile keine Festlegungen getroffen.

1 Grundsätzliches**1.1 Belegung von Einrichtungen in der Übergangszeit**

Es zeigt sich, dass im Rahmen der vertraglichen Umsetzung des § 111a SGB V zwei unterschiedliche Vertragsmodelle realisiert werden. In einigen Bundesländern wurden mit den Einrichtungen Versorgungsverträge nach § 111a SGB V mit bestimmten Auflagen abgeschlossen. In anderen Fällen wurde auf der Grundlage des Bestandsschutzes mit den Einrichtungen Vereinbarungen/Absprachen über Auflagen und deren Erfüllung getroffen und erst nach Erfüllung dieser Auflagen den Abschluss eines Versorgungsvertrages in Aussicht gestellt. In diesem Fall darf der Einrichtung kein Nachteil aus den erst später erfolgten Vertragsabschlüssen entstehen.

Es besteht daher Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem BDPK und dem MGW, dass beide Vertragsmodelle das selbe Ziel verfolgen und in beiden Fällen auch die Einrichtungen mit Auflagen für die Übergangszeit weiterhin von den Krankenkassen belegt werden können.

Konsequenzen bei der Belegung ergeben sich erst dann, wenn auch nach Ablauf der vereinbarten Übergangsfristen die geforderten Auflagen von den betroffenen Einrichtungen nicht erfüllt werden.

1.2 Spektrum der in Frage kommenden Indikationsgebiete

Versorgungsverträge gemäß § 111a SGB V für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen die zugelassenen Indikationen der jeweiligen Einrichtung benennen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass grundsätzlich keine Beschränkungen bezüglich des Spektrums der zugelassenen Indikationen für Vorsorge- und

Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V bestehen. Sofern eine Einrichtung die qualitativen Voraussetzungen für ein bestimmtes Indikationsgebiet nachweist, ist ein Versorgungsvertrag/eine Zulassung für dieses Indikationsgebiet abzuschließen/auszusprechen. Zur Klarstellung: Keinesfalls ist das Spektrum der in Frage kommenden Indikationen auf das Indikationsgebiet F-Indikationen beschränkt.

2 Personelle Ausstattung/Qualifikation**2.1 Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ oder „Sozialmedizin“ der verantwortlichen Ärztin¹**

In den Anforderungsprofilen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist festgehalten, dass die verantwortliche Ärztin die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ oder „Sozialmedizin“ führen soll. Damit wurde das Ziel verfolgt, eine rehabilitationsspezifische Ausbildung der verantwortlichen Ärztin sicherzustellen und perspektivisch zu postulieren. An diesem Ziel soll auch weiterhin festgehalten werden. Allein das Fehlen dieser Zusatzqualifikation stellt keinen Grund für eine Nicht-Zulassung einer Einrichtung dar. Insofern ist die Zusatzbezeichnung der verantwortlichen Ärztin keine zwingende Voraussetzung für die Zulassung einer Einrichtung. Dies manifestiert sich in dem Wort „soll“. Anders verhält es sich mit der Anforderung, dass die verantwortliche Ärztin über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügt. Dies ist eine zwingende Voraussetzung und zulassungsrelevant. Die insoweit vorausgesetzte „Berufserfahrung“ ist nur dann als gegeben anzusehen, wenn die Ärztin vollzeitig in einer Einrichtung tätig war. Teilzeitarbeitsverhältnisse sind bei der Ermittlung der zweijährigen Vollzeitbeschäftigung entsprechend ihrer vertraglich vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen.

2.2 Präsenz und Verfügbarkeit des Personals

Wesentlich bei der personellen Ausstattung einer Einrichtung ist die Präsenz, Verfügbarkeit und nicht zuletzt die Einbindung des Personals in das Vorsorge- bzw. Rehabilitationsteam. Der Nachweis über die personelle Besetzung einer Einrichtung kann durch dauerhaft vertragliche Beziehungen erfolgen. Dazu zählen z. B. auch Honorar- oder Kooperationsverträge. Außerdem ist der Nachweis über die Vorlage von entsprechenden Dienstplänen zulässig. Die Vertragsparteien vor Ort sind aufgerufen, bei der Prüfung der Präsenz und Verfügbarkeit des Personals moderne Formen von Anstellungsverhältnissen gebührend zu würdigen.

¹ Im Folgenden wird auf die männliche Sprachform verzichtet. Männer und Frauen sollen mit der weiblichen Sprachform gleichermaßen angesprochen werden.

noch Anlage 3

2.3 Therapiezeiten und Personalbemessung

Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages ist die Vorlage eines schlüssigen Konzeptes zur Erbringung der Leistung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist den besonderen Gegebenheiten einer Einrichtung (z. B. Kapazität, Zielgruppen) und dem jeweiligen organisatorischen Ablauf Rechnung zu tragen. Eine für alle Einrichtungen gleichermaßen geltende Festlegung auf fixe Therapiezeiten pro Woche ist deshalb keinesfalls als angemessen zu betrachten.

2.4 Krankenpflegerischer Bereitschaftsdienst

Die Anforderungsprofile sehen vor (Punkt 3.7), dass ein krankenpflegerischer Bereitschaftsdienst 24 Stunden im Haus vorzuhalten ist. Während der Therapiezeiten kann dieser Bereitschaftsdienst durch die ohnehin geforderten examinierten Krankenschwester/Krankenpflegefachkraft sichergestellt werden. Insofern bedarf es während dieser Zeit keines zusätzlichen Personals für den Bereitschaftsdienst.

Der krankenpflegerische Bereitschaftsdienst muss nicht durch eine examinierte Kraft sichergestellt werden.²

2.5 Kinderbetreuung

Unter Punkt 3.8 der Anforderungsprofile werden mindestens zwei Betreuerinnen für die Kinderbetreuung für die Gruppe von null bis drei Jahren gefordert. Davon muss mindestens eine Fachkraft sein. Für diese Fachkraft kommen neben den Kinderpflegerinnen und/oder Kinderkrankenschwestern auch Erzieherinnen in Frage.

3 Bauliche Anforderungen

3.1 Barrierefreie Leistungserbringung

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V müssen perspektivisch in gesetzlichem Sinne barrierefrei sein. Im Sinne einer schrittweisen Umsetzung dieses übergeordneten Ziels bedeutet dies konkret, dass Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, eine gewisse Anzahl von

rollstuhlgerechten Zimmern zur Verfügung stellen sowie zumindest der Eingangs- und Therapiebereich und die Gemeinschaftsräume Rollstuhlfahrerinnen frei zugänglich sein müssen. Einrichtungen, die heute auch in diesem Sinne noch nicht barrierefrei zugänglich sind, müssen die hierfür notwendigen baulichen Maßnahmen innerhalb einer jeweils einrichtungsspezifisch festzulegenden Übergangsfrist abgeschlossen haben.

Dabei ist herauszustellen, dass in jedem Einzelfall zu prüfen ist, mit welchen Umsetzungsfristen die o. g. Anforderung realisiert werden kann.

Sofern im Einzelfall, beispielsweise bei baulichen Veränderungen, erforderlich, können auch Übergangsfristen über das Jahr 2005 hinaus angemessen sein. Die Verlängerung der Übergangsfrist sollte dem Aufwand und den örtlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Dies setzt aber auch die Vorlage eines schlüssigen Konzeptes voraus, in welchem die einzelnen Maßnahmen jeweils unter Angabe des beabsichtigten Zeitrahmens zur Umsetzung anzugeben sind.

3.2 Separater Schlafräum für Kinder

Die Anforderungsprofile verlangen (Punkt 3.11), dass Mutter-Kind-Einrichtungen über separate Schlafräume für die Kinder verfügen. Auf Dauer ist es nicht zulässig, dass Mutter-Kind-Einrichtungen nur eine bestimmte Quote an Appartements vorhalten, die über einen separaten Schlafräum für Kinder verfügen. Es besteht Einvernehmen, dass für die Umsetzung dieser Anforderung, die zum Teil mit erheblichen baulichen Maßnahmen verbunden ist, angemessene Übergangsfristen zu vereinbaren sind. Dabei ist der speziellen Situation der jeweiligen Einrichtung Rechnung zu tragen, so dass im Einzelfall auch über das Jahr 2005 Übergangsfristen vereinbart werden können (siehe auch Punkt 3.1 der Auslegungsgrundsätze).

4 Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen

Mutter-Kind-Maßnahmen kommen in Betracht, wenn auch das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann oder aus den in den Anforderungsprofilen genannten sozialen Gründen (vgl. Punkt 2.1 der Anforderungsprofile). Sofern Kinder aus den genannten Gründen an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen, sind sie keine Begleitpersonen im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V.

² Der BDPK hält weiterhin an der entsprechenden Fußnote in den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V fest, wonach der Bereitschaftsdienst mit examinierter Krankenschwester (24 h im Hause) gewährleistet sein muss. Siehe hierzu Seite 16 der Anforderungsprofile nach § 24 SGB V und Seite 17 der Anforderungsprofile nach § 41 SGB V.

Anlage 4

Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V

zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- IKK-Bundesverband
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesknappschaft
- See-Krankenkasse
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. – VdAK –
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation für Kinder und Jugendliche Bundesrepublik Deutschland
- Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e. V. (BDPK)
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
- Fachverband Sucht e. V.
- Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)
- Deutsches Rotes Kreuz e. V.
- Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e. V.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Präambel

Die Vereinbarungspartner setzen sich für eine bedarfsgerechte, am individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarf des Patienten ausgerichtete, qualifizierte und wirksame Versorgung mit stationären medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ein. Die Qualitätssicherung stellt dabei ein wesentliches Element für eine ef-

fektive und effiziente Versorgung dar, ermöglicht den Versicherten eine qualitätsgesicherte Behandlung und bildet die Grundlage für qualitätsorientierten Wettbewerb. In diesem Sinn werden die nachstehenden Anforderungen an die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und die Grundsätze für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vereinbart. Damit bildet die Vereinbarung eine wichtige Grundlage für einheitliche Anforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement im stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich.

§ 1

Ziele und Inhalte der Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände sowie für die nach §§ 111, 111a SGB V zugelassenen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Sie regelt die Erfordernisse des § 137d Abs. 1 und 1a SGB V.

(2) Die Vereinbarung trägt dafür Sorge, dass stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen mit Hilfe geeigneter Maßnahmen zur Qualitätssicherung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, insbesondere der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechen und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

(3) Die Inhalte der Vereinbarung berücksichtigen die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX vom 27. März 2003.

(4) Maßnahmen der Qualitätssicherung für Leistungen der ambulanten medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation werden in einer gesonderten Vereinbarung gemäß § 137d Abs. 2 SGB V geregelt.

(5) Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation im Sinne dieser Vereinbarung sind die Leistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V bzw. § 40 Abs. 2, § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie § 24 Abs. 1 bzw. § 41 Abs. 1 SGB V.

(6) Für eine weiter gehende Konkretisierung und Abgrenzung der Begriffe Vorsorge und Rehabilitation wird auf die entsprechenden Regelungen des SGB IX sowie die jeweils aktuelle Fassung der „Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a (alt) SGB V, vom 12. Mai 1999“ (§ 111b (neu) SGB V) verwiesen.

§ 2

Definition von Qualität und Zielbestimmung von Qualitätssicherung

(1) Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation haben die erforderliche Qualität, wenn sie die Ziele der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erreichen, ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet

noch Anlage 4

sind und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, insbesondere der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechen.

(2) Ziel der externen Qualitätssicherung ist es, mittels geeigneter Verfahren die Qualität der Leistungserbringung transparent zu machen, sie objektiv zu bewerten und zu vergleichen und auf diese Weise zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen beizutragen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Versicherte, Leistungsträger, soweit ein berechtigtes Interesse besteht, und die Einrichtungen selbst über die Qualität informieren können und Qualität zu einer relevanten Entscheidungsgrundlage für alle Beteiligten wird.

(3) Interne Qualitätsmanagementsysteme dienen vorrangig der einrichtungsinternen kontinuierlichen Problemerkennung, Schwachstellenanalyse und Qualitätsverbesserung sowie der Weiterentwicklung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung. Dabei werden die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung berücksichtigt.

§ 3

Dimensionen der Qualität

(1) Qualität umfasst die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei die verschiedenen Indikationen und Zielgruppen in der stationären Vorsorge und Rehabilitation mit ihren speziellen Behandlungsschwerpunkten besondere Berücksichtigung finden.

(2) Die Strukturqualität beschreibt Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses. Hierzu zählen u. a.:

- konzeptionelle Merkmale/Leistungsspektrum
- räumliche und sachliche Ausstattung
- personelle Ausstattung
- Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe
- interne Vernetzung (z. B. Teambesprechungen).

(3) Die Prozessqualität bezieht sich auf die ganzheitlichen, multidisziplinären und komplexen Leistungsprozesse in den stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und beinhaltet Art, Umfang und Intensität der verwendeten diagnostischen wie therapeutischen Verfahren und Methoden. Zur Prozessqualität gehören die Planung, Strukturierung und der Ablauf der Leistungserbringung sowie deren sachgerechte Durchführung. Hierzu zählen u. a.:

- interdisziplinäre Feststellung, Überprüfung und Fortschreibung des individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarfs der Versicherten

- Vereinbarung individueller Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele mit den Versicherten
- Erstellung eines Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplans unter Berücksichtigung der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele mit Angabe der jeweils notwendigen Leistungen (Inhalte, Methoden und Leistungsdichte) und ggf. einer Anpassung von Zielen und Leistungen je nach dem Verlauf der Maßnahme
- Dokumentation und Bewertung des Verlaufs der Maßnahme
- interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend
- kontinuierliche Abstimmung innerhalb des Teams
- kontinuierliche Abstimmung mit den Versicherten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen oder der Bezugspersonen
- Kooperation u. a. mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Konsiliarärzten, Konsiliardiensten, den in der Nachsorge eingebundenen Diensten und den Selbsthilfegruppen.

(4) Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistungserbringung vereinbarten spezifischen Ziele erreicht wurden. Die Beurteilung des Erfolges geschieht u. a. durch:

- einen Soll-Ist-Vergleich zur Überprüfung der Ergebnisse anhand festgelegter Ziele
- den Grad der Zielerreichung durch die Einschätzung und Bewertung der Versicherten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen oder Bezugspersonen
- den Grad der Zielerreichung durch die Einschätzung und Bewertung von Experten (z. B. Arzt, Berater des Rehabilitationsträgers).

§ 4

Ziele und Grundsätze des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

(1) Im Mittelpunkt des internen Qualitätsmanagements steht die Ergebnisqualität. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden Qualitätsziele der Einrichtung festgelegt. Dabei werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung berücksichtigt.

(2) Die Verantwortlichkeit für das interne Qualitätsmanagement liegt in der Einrichtung auf der Leitungsebene. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Ebenen und Bereiche werden am Prozess der Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität beteiligt.

(3) Voraussetzung für ein effektives internes Qualitätsmanagement, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung

noch Anlage 4

gewährleistet und kontinuierlich verbessert, ist das Schaffen entsprechender Qualitätsmanagementstrukturen in den Einrichtungen sowie ihre externe Überprüfung und Bewertung, die mindestens alle zwei Jahre erfolgen muss. Zu den Qualitätsmanagementstrukturen zählen insbesondere:

- Entwicklung eines Leitbildes
- verbindliches, schriftliches Einrichtungs- bzw. Klinikkonzept
- indikationsspezifische Behandlungskonzepte
- Entwicklung von Qualitätszielen auf Basis der internen Managementbewertung
- Bestellung eines qualifizierten Qualitätsbeauftragten mit den erforderlichen Ressourcen
- schriftliche Regelung von Verantwortlichkeiten
- systematisches Beschwerdemanagement
- systematisches Fehlermanagement
- kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge- oder Rehabilitationsprozessen
- Verfahren zur internen Ergebnismessung und -analyse
- regelhafte Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Versicherten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
- regelhafte Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse (z. B. interne Audits oder Self-Assessment).

§ 5

Ziele und Grundsätze der externen Qualitätssicherung

(1) Externe Qualitätssicherung liegt in der gemeinsamen Verantwortung und im gemeinsamen Interesse der Vereinbarungspartner.

(2) Sie dient vor allem dazu, die Behandlungsqualität für die Vorsorge und Rehabilitation zu stabilisieren und weiter zu entwickeln. Sie trägt dazu bei, durch den Einsatz geeigneter, bundeseinheitlich angewandter Instrumente und Verfahren die Qualität von Leistungen einrichtungsbezogen und einrichtungsübergreifend darzustellen.

(3) Externe Qualitätssicherung ist eine Voraussetzung für die bedarfsgerechte und an den Erfordernissen des Einzelfalles ausgerichtete Vorsorge und Rehabilitation. Sie trägt zur Transparenz des Leistungsgeschehens bei.

(4) Im Mittelpunkt der externen Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität wird von der Struktur- und der Prozessqualität beeinflusst und durch ihren Bezug darauf nachvollziehbar. Die Qualität einer Einrichtung lässt sich nur mit Hilfe aller drei Quali-

tätsdimensionen angemessen darstellen. Daher werden auch die strukturellen Gegebenheiten und die Ablaufprozesse in den Einrichtungen, die zur Erreichung der Ergebnisqualität beitragen, als qualitätsrelevante Merkmale gewertet. Grundlage hierfür sind bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die den Einrichtungen im Vorfeld bekannt sein müssen.

§ 6

Verfahren der externen Qualitätssicherung

(1) Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätssicherungs- und -verbesserungsprozess ist ein routinemäßig angewandtes Verfahren zur Erfassung des Ist-Zustandes der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Erfassung wird in regelmäßigen Abständen wiederholt.

(2) Die eingesetzten Instrumente der externen Qualitätssicherung tragen den indikations- und zielgruppenspezifischen Besonderheiten der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Rechnung.

(3) Grundlegende Anforderung an das externe Qualitätssicherungsverfahren ist seine bundesweite Einheitlichkeit in seiner Ausgestaltung, Anwendung und Verbindlichkeit mit dem Ziel des Einrichtungsvergleiches und der Weiterentwicklung der Behandlungsqualität. Die Leistungserbringer sind im Rahmen der gesetzlichen Regelungen verpflichtet, sich an einem externen Qualitätssicherungsverfahren zu beteiligen.

(4) Sofern eine Einrichtung aufgrund ihres Belegungsschwerpunktes am Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung teilnimmt, kann sie nicht verpflichtet werden, sich am externen Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen (vgl. Gemeinsame Erklärung, Oktober 1999, Anlage). Näheres regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(5) Zur Erfassung, Dokumentation und Sicherstellung der Strukturqualität werden Kriterienkataloge mit prospektiv festgelegten Anforderungen vor allem zur räumlichen, sächlichen und personellen Ausstattung der Einrichtungen verwendet (Strukturhebungsbogen). Die Anforderungen sollen soweit wie möglich einrichtungsübergreifend einheitlich sein, aber die indikations- und zielgruppenspezifischen Erfordernisse berücksichtigen. Die Ausstattung wird anhand standardisierter Erhebungsbögen bei den Einrichtungen abgefragt und mit den festgelegten Anforderungen verglichen.

(6) Die Prozessqualität wird in regelmäßigen Abständen durch externe, unabhängige Gutachter anhand von prospektiv festgelegten Kriterien gemessen, die die verschiedenen Dimensionen der Prozessqualität erfassen, beschreiben und dokumentieren. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung wird einbezogen. Die festgelegten Kriterien sollen einrichtungsübergreifend einheitlich sein, aber die indikations- und zielgruppenspezifischen Erfordernisse berücksichtigen.

noch Anlage 4

(7) Wesentliche Zielgröße der externen Qualitätssicherung ist die Ergebnisqualität. Um eine möglichst umfassende Darstellung der Ergebnisqualität zu erhalten, werden sowohl die Versicherten, ggf. deren Angehörige oder Bezugspersonen, als auch die Leistungserbringer in die Beurteilung einbezogen.

(8) Um die Angaben der Einrichtungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen, können darüber hinaus stichprobenhafte Überprüfungen, ggf. auch Visitationen durch externe, unabhängige Beauftragte durchgeführt werden. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung wird einbezogen.

§ 7

Vergleichende Qualitätsanalysen

(1) Grundlage für vergleichende Qualitätsanalysen der Einrichtungen sind die im Rahmen des externen Qualitätssicherungsverfahrens routinemäßig erhobenen Daten in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

(2) Voraussetzung für vergleichende Qualitätsanalysen ist die Vergleichbarkeit der einbezogenen Einrichtungen. Als Grundlage für die Vergleiche müssen deshalb aussagefähige Indikatoren (sog. Prädiktoren) festgelegt und berücksichtigt werden, die einen systematischen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahme haben und den Einrichtungen im Vorfeld bekannt sind, doch von der Einrichtung nicht beeinflusst werden können. Hierzu zählt insbesondere die Zusammensetzung der Patientenstruktur einer Einrichtung.

(3) Ziel der vergleichenden Qualitätsanalysen ist insbesondere

- eine Standortbestimmung für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Vergleich zu anderen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- die Rückmeldung als Input für das interne Qualitätsmanagement
- das Schaffen einer wesentlichen Entscheidungsgrundlage für die Vertragsgestaltung auf Landes- oder Ortsebene und für die transparente Belegungssteuerung der Leistungsträger
- die Förderung des qualitätsorientierten Wettbewerbes zwischen den Einrichtungen.

§ 8

Grundsatz partnerschaftlicher Ausgestaltung

(1) Verfahren und Instrumente der externen Qualitätssicherung benötigen bei den Leistungserbringern und den Leistungsträgern eine breite Akzeptanz. Das setzt voraus, dass die Vereinbarungspartner in ihrer gemeinsamen Verantwortung die Rahmenbedingungen, die Ausgestaltung und die Inhalte anerkennen. Daher wird die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Kriterien, Instrumente

und Maßnahmen des externen Qualitätssicherungsverfahrens von den Vereinbarungspartnern gemeinsam abgestimmt und getragen.

(2) Die Aufwendungen für die Erfassung, Zusammenführung, Auswertung und Rückmeldung der Qualitätsdaten aus der externen Qualitätssicherung an die Einrichtungen werden durch die Einrichtungen getragen. Die (Weiter-) Entwicklungskosten tragen die Krankenkassen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(3) Die Auswahl, Einführung und Umsetzung interner Qualitätsmanagementsysteme liegt in der Eigenverantwortung der Einrichtungen und richtet sich nach den Vorgaben des § 4.

(4) Aufwendungen für interne Qualitätsmanagementsysteme sind im Hinblick auf ihre Zielsetzung, die internen Abläufe zu optimieren, grundsätzlich in den vor Ort vereinbarten Vergütungen der Einrichtungen enthalten. Weitergehende vergütungsrelevante Fragen in diesem Zusammenhang werden zwischen den Vertragspartnern auf Landes- oder Ortsebene abgestimmt.

§ 9

Grundlage und Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens

(1) Grundlage und Ausgangspunkt für die künftige Gestaltung und Weiterentwicklung (vgl. § 10 Abs. 1) des einheitlichen und bundesweit verbindlichen externen Qualitätssicherungsverfahrens im Rahmen dieser Vereinbarung ist das „Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation“, das zum Zeitpunkt dieser Vereinbarung bereits in zahlreichen Einrichtungen zum Einsatz kommt.

(2) Zum Einsatz kommen derzeit insbesondere folgende Instrumente und Verfahren, die jeweils indikations- und zielgruppenspezifisch ausgestaltet sind:

- Strukturqualität:
Strukturerhebungsbogen mit prospektiv definierten Mindestanforderungen
- Prozessqualität:
Peer-Review-Verfahren
- Ergebnisqualität:
Patientenfragebogen, Arzt-/Therapeuten-Fragebogen
- Patientenzufriedenheit:
Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
- Visitationen der Einrichtungen durch externe Beutachter.

(3) Die in Absatz 2 genannten Qualitätssicherungs-Instrumente und die derzeitige organisatorische Ausgestaltung einschließlich des Berichtswesens und der finanziellen Beteiligungsform werden solange angewendet, bis die Vereinbarungspartner eine Weiterentwicklung im Rahmen der Vorgaben dieser Vereinbarung beschließen.

noch Anlage 4

(4) Bei allen Weiterentwicklungen des externen Qualitätssicherungsverfahrens nach dieser Vereinbarung sind die Entwicklungen von Qualitätssicherungsverfahren anderer Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung, angemessen zu berücksichtigen, um auf das übergeordnete Ziel eines trägerübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens aller Rehabilitationsträger hinzuwirken.

Protokollnotiz zu § 9 Absatz 3: Von den in § 8 Abs. 2 genannten Aufwendungen tragen die Einrichtungen derzeit 12 300 Euro für einen Zeitraum von je drei Jahren.

§ 10

Durchführung und Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungserfahrens

(1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Einrichtung eines Gemeinsamen Ausschusses, der sich aus allen Partnern dieser Vereinbarung zusammensetzt und auf Verlangen eines Vereinbarungspartners zusammentritt. Er berät und entscheidet über die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung. Dabei werden der Stand der Wissenschaft in der Medizin, insbesondere in der Rehabilitationsmedizin und in der Qualitätssicherungsforschung, die medizinische Praxis, die Erfahrung mit dem bestehenden Qualitätssicherungsverfahren sowie der Stand der Qualitätssicherungsverfahren anderer Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung, angemessen berücksichtigt.

(2) Für eine Neu- und Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung werden auf der Grundlage des bisherigen Verfahrens (vgl. § 9) vom Gemeinsamen Ausschuss Expertengruppen berufen und beauftragt.

(3) Die Expertengruppen setzen sich zu gleichen Teilen aus Vertretern der Leistungserbringer (Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen der jeweiligen Indikationsbereiche) und der Leistungsträger (Spitzenverbände der Krankenkassen) zusammen. Die Experten werden vom Gemeinsamen Ausschuss benannt. Den Expertengruppen gehören zusätzlich als neutrale Mitglieder die Vertreter der jeweils beauftragten externen wissenschaftlichen Institute an, die das Verfahren der Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der Instrumente betreuen und begleiten. Die Expertengruppen berichten dem Gemeinsamen Ausschuss.

(4) Der Gemeinsame Ausschuss berät und entscheidet über die einheitliche Bewertung der im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten sowie über ihre jeweiligen Verwendungszwecke.

(5) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei den Kosten des Verfahrens, wird vom Gemeinsamen Ausschuss beachtet.

§ 11

Auswertung und Konsequenzen der Ergebnisse des externen Qualitätssicherungsverfahrens

(1) Die Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden den betroffenen Einrichtungen sowie den Krankenkassen in übersichtlicher Form zugänglich gemacht. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(2) Die Versicherten, ggf. auch ihre behandelnden Ärzte, können die relevanten Qualitätsergebnisse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen anfordern. Die Ergebnisse werden ihnen in verständlicher Form zugänglich gemacht. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(3) Die Qualitätsergebnisse aus dem einheitlichen externen Qualitätssicherungsverfahren bilden im Rahmen der gesetzlichen Regelungen die wesentliche Grundlage für die Belegungssteuerung und für die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen auf Landes- oder Ortsebene.

(4) Über die rückgemeldeten Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren erfolgt ein Qualitätsdialog zwischen der Einrichtung und den Vertragspartnern nach § 111a Abs. 1, § 111 Abs. 2 SGB V. Ziel des Qualitätsdialoges ist die Sicherung und Weiterentwicklung der erforderlichen Qualität. Konsequenzen für die Belegungssteuerung werden nicht ohne vorherigen Qualitätsdialog gezogen.

(5) Jede Einrichtung kann ihre Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich machen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

§ 12

Geltung der Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung tritt am 1. April 2004 in Kraft.

(2) Die Partner der Vereinbarung werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse angepasst werden muss. Ist eine Anpassung erforderlich, erklären sich die Vereinbarungspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken. Dies gilt auch bei Gesetzesänderungen, soweit sie die Vereinbarung betreffen. Die insoweit nicht betroffenen Teile bleiben unberührt; dies gilt nicht, wenn die Gemeinsame Erklärung nach § 6 Abs. 4 Satz 1 geändert oder widerrufen wird.

(3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2005, schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden. Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Vereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die Vereinbarung nur gemeinsam kündigen.

Anlage 5

**Ausgaben/Fallzahlen Mutter-/Vater-Kind-Leistungen (§§ 24, 41 SGB V)
der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

Jahr	Euro	Veränderung	Fälle	Veränderung
1994	209.657.180		108.015	
1995	273.459.910	23,3%	136.505	20,9%
1996	340.752.160	19,7%	160.154	14,8%
1997	337.345.635	-1,0%	228.659	30,0%
1998	385.400.904	12,5%	207.980	-9,9%
1999	420.834.885	8,4%	229.122	9,2%
2000	409.762.462	-2,7%	223.159	-2,7%
2001	400.040.391	-2,4%	227.163	1,8%
2002	386.050.048	-3,6%	187.638	-21,1%
2003	358.683.770	-7,6%	181.362	-3,5%
2004	289.427.934	-23,9%	130.689	-38,8%

Quelle: KJ1, KG 5

Anlage 6



MÜTTERGENESUNGSWERK
Elly · Heuss · Knapp · Stiftung

Original für den
Kostenträger

**Ärztliches Attest
zum Antrag für eine stationäre Kur in einer vom Müttergenesungswerk
anerkannten Einrichtung**

Kurz-Informationen über Müttergenesungskuren finden Sie auf der Rückseite der Durchschrift für die Ärztin/den Arzt.
Diese Kuren sind nicht geeignet bei: akuten entzündlichen und ansteckenden Erkrankungen, Psychosen und Suchterkrankungen.

Frau _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

selbstversichert familienversichert bei _____ rentenversichert

Letzte Kurmaßnahme: vom _____ bis _____ Kostenträger: _____

Sie bedarf einer **Mütterkur** **Mutter-Kind-Kur**, Anzahl der an der Kur teilnehmenden Kinder: _____

weil infolge der Schwächung ihrer Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),

um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V).

Anamnese:

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Blutdruck:

Gewicht:

Körpergröße:

Behinderung: nein ja, und zwar:

Ist eine Begleitperson erforderlich: nein ja

Anfallsteiden: nein ja

Bisherige Therapie (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation):

Psychosoziale Situation (bitte unbedingt angeben, siehe Rückseite der Durchschrift für die Ärztin/den Arzt):

Spezielle Anforderungen an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät):

Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Hinweis für Beratungs- und Vermittlungsstellen für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

Anlage 7

Antragsformular
Stand: 13.12.2004

LOGO
Krankenkasse

Krankenversicherturnummer
[Vorname, Name und Anschrift – bitte hier eintragen]

L]

Ihr behandelnder Arzt hat

für Sie Geburtsdatum
 Ihr Kind Vorname Name Geburtsdatum

folgende Maßnahme

- ambulante Vorsorge in Kurorten ambulante Rehabilitation
- stationäre Vorsorge stationäre Rehabilitation
- Vorsorge für Mütter/Väter Rehabilitation für Mütter/Väter
- Vorsorge für Mutter-Kind/Vater-Kind Rehabilitation für Mutter-Kind/Vater-Kind

empfohlen bzw. verordnet. Hierzu ist es erforderlich, dass Sie einen entsprechenden Antrag stellen. Um die für Sie geeignete Maßnahme feststellen zu können und die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu unterstützen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen im Rahmen der Antragstellung zu beantworten:

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Schildern Sie bitte Ihre gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer die Maßnahme beantragt wird:

Beschwerden, Beeinträchtigungen:
.....
.....
.....

Auswirkungen der gesamten Beschwerden auf das Alltagsleben (Selbstversorgung, Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, Einschränkung der sozialen Kontakte):

.....
.....
.....

noch Anlage 7

2 Was belastet Sie auf Grund Ihrer Lebenssituation in Bezug auf Ihre Beschwerden/ Beeinträchtigungen/Erkrankung besonders?

- Berufstätigkeit Schichtdienst Ehe-/Partnerschaftskonflikte
- Arbeitslosigkeit Arbeitslosigkeit des Partners
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Tod eines nahen Angehörigen Kindererziehung häufige oder chronische Krankheiten der Kinder
- allein erziehend beengte Wohnverhältnisse finanzielle Sorgen Haushaltsführung
- Sonstiges:

3 Welche (verhaltensabhängigen) Risikofaktoren bestehen bei Ihnen?

- Rauchen Zigaretten täglich bis zu Stück Pfeife/Zigarren
- Alkohol gelegentlich regelmäßig
- Übergewicht Bewegungsmangel Cholesterinerhöhung Bluthochdruck
- Sonstige:

4 Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate

Name	Anschrift	Fachrichtung	in Behandlung seit

5 Welche medizinischen Behandlungen bzw. anderen Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Krankengymnastik Andere physikalische Therapien (Massagen, Wärmeanwendungen) Elektrotherapie
- Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) Logopädie (Stimm-/Sprach-/Sprechtherapie) Psychotherapie
- Patientenschulung Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Hilfsmittelverordnung, welche?
- Sonstige:

6 Haben Sie in den letzten 3 Monaten regelmäßig Medikamente eingenommen?

- nein ja wenn ja, welche und wie oft?
-
-

7 Welche Beratungs-/Betreuungsangebote und/oder andere Hilfen wurden bzw. werden in Anspruch genommen?

- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung Konfliktberatung Suchtberatung Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppe, welche?
- Hilfen im Haushalt Kinderbetreuung (Kindergarten, Krippe, Tagesmutter, Spielkreis, Nachbarn, Familie etc.)
- Angebote der Krankenkasse (z.B. Ernährungsberatung, Raucherentwöhnungskurs)
- Sonstiges:

noch Anlage 7

8 Angaben zur Lebenssituation des Antragstellers

allein lebend mit (Ehe-)Partner/-in mit/bei Kindern Pflegeeinrichtung Betreutes Wohnen

9 Minderjährige bzw. behinderte Kinder, die in meinem Haushalt leben¹

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	krankenversichert bei ²	Ist die Mitaufnahme der Kinder in die stationäre Maßnahme geplant?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10 Ist die häusliche Versorgung des/der im Haushalt lebenden Kinder während der beantragten Maßnahme sicher gestellt? ¹

ja nein

11 Derzeit/zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

selbstständig angestellt 3-Schichtdienst Nachtarbeit

Anzahl der durchschnittlichen Arbeitsstunden je Woche? _____ Stunden

Nebentätigkeit als _____ Anzahl der Arbeitsstunden je Woche? _____ Stunden

Hausfrau/Hausmann Elternzeit arbeitslos seit _____

nicht berufstätig seit _____ erlernter Beruf _____

Rentner/-in seit _____ Rentenantragsteller/-in seit _____ Vorruhestand seit _____

12 Unfall-/Schädigungsfolgen/Ursache der Erkrankung

Ist die den Leistungsantrag begründende Erkrankung Folge eines schädigenden Ereignisses (z.B. Unfall)?

ja Unfall-/Ereignistag: _____

privater Unfall (z.B. Verkehrsunfall, häuslicher Unfall) Schul-/Kindergartenunfall Arbeitsunfall

anerkannte Berufskrankheit

anerkannte Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (BVG, z.B. Wehrdienstschaden)

anerkannte Schädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG, z.B. Raubüberfall)

einer ärztlichen Fehlbehandlung (z.B. OP-Fehler, Narkoseschaden, Injektionsschaden, Fehler bei der Geburtshilfe)

nein, keine dieser Ursachen trifft zu.

13 Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

nein ja Grad der Behinderung (GdB) _____ Merkzeichen _____

¹ Nur auszufüllen, wenn mindestens noch ein Kind im Haushalt lebt.

² Nur auszufüllen, wenn das Kind/die Kinder nicht bei <der Krankenkasse> versichert sind.

noch Anlage 7

14 Wurden in den letzten 4 Jahren Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

nein ja, welche?

	1. Maßnahme	2. Maßnahme
Art (Vorsorge/Rehabilitation)		
Ort und/oder Einrichtung		
vom/bis		
Leistungsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung, Unfallversicherung)		

15 Bestehen Ihrerseits terminliche Einschränkungen?

(Bitte bedenken Sie, dass die Einrichtung Ihren Terminwunsch nur bedingt berücksichtigen kann.)

nein

ja vom/bis: wegen
 vom/bis: wegen

Bei **Rückfragen** bin ich unter der Telefon-Nr. zu erreichen.³

Sofern ich <der Krankenkasse> ärztliche Unterlagen überlassen habe, die für die Beurteilung meines Antrages erforderlich sind, bin ich mit der Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Sofern im Einzelfall zur Beurteilung des Antrages weitere ärztliche Unterlagen (Arztbefunde, Krankenhausentlassungsberichte o.ä.) erforderlich sind, entbinde ich den Arzt/die Ärztin im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht (§ 60 SGB I) hierfür von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Hinweis:

Ein Informationsblatt zur Mitwirkung und zum Datenschutz ist als Anlage beigelegt.

Mit der Unterschrift unter dem Leistungsantrag bestätigen Sie gleichzeitig, dass Sie über die o.a. gesetzlichen Bestimmungen informiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

³ Diese Angabe ist freiwillig.

